MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. E. MEIROWSKY IN GRAUDENZ,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

FÜNFUNDVIERZIGSTER BAND.

1907.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 4 TAFELN UND 24 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1907.



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25, Borgfelderstr. 28.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum, von Franz Krzysztalowicz.. 1
Zur Technik der intramuskulären Hg-Einspritzungen, von A. v. Karwowski .. 13
Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum, von Karl Vignolo-Lutati 21. 72
Experimentelle Studien über den Einfluſs der elektrostatischen Behandlung auf die Vasomotoren der Haut, von Ferdinand Winkler 63
Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten, von S. Beck 125
Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmentes, von W. Hellmich 134. 184
Beitrag zur Kenntnis des Lupus pernio, von Bruno Bloch.................. 177
Cutis verticis gyrata, von P. G. Unna 227
Zur Kenntnis des Wollfettes. Fragen von P. G. Unna und Antworten von I. Lifschütz 234
Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Franklinisation in der Behandlung des Lupus vulgaris, von Ferdinand Winkler 239
Die Lokalisation der Dermatitis herpetiformis (Duhring), von C. Boeck 277
Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom, von Ferdinand Winkler 284
Über die Atrophia maculosa cutis, von Karl Vignolo-Lutati.......... 329. 404
Über das „Lanolin" der menschlichen Haut, von P. G. Unna............ 379. 443
Ein Fall von punktförmigem Hautangiom und dessen Verhältnis zu Angiokeratoma Mibelli, von Felix Malinowski 439
Beitrag zum Studium der hämatogenen Theorie bei der Pathogenese der Mykosis fungoides, von A. Pasini 481
Spirochaeta pallida bei tertiärer Syphilis, von Felix Malinowski 499
Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom, von Görl 501
Eine Berichtigung, von Ludw. Nielsen.................................... 502
Beitrag zur Pathogenese und Klinik des Lupus follicularis disseminatus, von Alfred Kraus.. 529
Zur Kenntnis der in den Knäueldrüsen vorkommenden Körnchen, von Johannes Fick 536. 594
Über eine warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen, von P. L. Bosellini 581
Das Andolin, ein kokainfreies Lokal-Anästhetikum, und seine Verwendung in der Dermatologie und Urologie, von Hermann Mayer..................... 603

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 32. 145. 545
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer 151. 294
Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie...................... 244

Seite
Medizinisch-chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern 424
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 425
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan 459. 503. 610

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt 33. 200. 250. 305. 507. 546
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 33. 94. 255. 553
Dermatologische Zeitschrift 92. 154. 201. 250. 305. 547. 613
Annales des maladies des organes génito-urinaires 96. 209. 352. 558
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires 97. 255. 353. 617
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases ... 98. 253. 349. 504
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 100. 157. 213. 257. 426. 516
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 155. 308. 511
Archiv für Dermatologie und Syphilis 194. 246. 304. 505
The British Journal of Dermatology 203. 350. 465. 614
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 205. 254. 351. 465
Annales des Maladies vénériennes 210. 256. 307. 507. 557
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 212. 560
Lepra 346
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 347. 460. 612
Zeitschrift für Urologie 461
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique......... 467. 509. 615
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.... 510. 558. 615
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie 513. 620
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 549
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 553

Bücherbesprechungen.

Die Legende der Altertumssyphilis, von Albrecht Frhr. von Notthafft 158
Über die Beziehungen von Krankheiten der Haut zu inneren Störungen mit Bemerkungen über Diät, Hygiene und allgemeine Therapie, von L. D. Bulkley 158
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mraček 214. 355
Die Syphilis der ehrbaren Frauen, von Alfred Fournier 215
Beitrag zum Studium und zur Behandlung der Haut- und Drüsenerkrankungen in der Inguinal- und Schenkelgegend, von Georges Th. Photinos 215
Kokkogene Hautleiden, von Jessner 215
Die venerische Ansteckung der Hebammen im Beruf und die Notwendigkeit eines Hebammenversicherungsgesetzes für das Deutsche Reich, von Carl Schindler 216
Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehung zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane, von Nicolo Barrucco 216
Sexuelle Wahrheiten, von Moriz Porosz 217
Der gegenwärtige Standpunkt in der Pathologie und Therapie des Ulcus serpens corneae, von Fritz Cohn 218
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und praktische Ärzte. I. Teil: Die Hautkrankheiten, von Ernst Finger 257
Bartflechten und Flechten im Bart, von Jessner 310
Geschlechtstrieb und Schamgefühl, von Havelock Ellis 311
Die Impotenz des Mannes, von Orlowski 311
Atlas der Hautkrankheiten, von E. Jacobi 311
Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, von Hermann Rohleder 312
Der Gonococcus Neisseri, von A. Poldrock 355
Der Tripper, von Orlowski 356
Ein Handbuch für Hautkrankheiten und deren Behandlung, von Arthur Whitfield 469

Seite

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates, von Kollmann und Jacoby 517
Leucoderma syphiliticum, von Alfred Brandweiner 518
Folia urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane, von James Israel, Arthur Kollmann, Gustav Kulisch, Paul Wagner 518
Le microorganisme de la Syphilis Treponema pallidum (Schaudinn), von Levy-Bing 518
Handbuch der Physiologie des Menschen, von W. Nagel 561
Über die Pflege kleiner hereditär-syphilitischer Kinder, von Edward Welander 561
Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Alfred Blaschko und Max Jacobsohn 625
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, II. Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph 626

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis des Hautfarbstoffes als Schutzmittel, von F. B. Solger.......... 201
Über sympathische Färbung und Pigmentbildung bei Barsch und Forelle, von Adalbert Lehmann... 258
Über den Einfluſs des Druckes auf die Resorption von Flüssigkeiten im Unterhautbindegewebe, von M. H. J. C. Thomassen 258
Das Glykogen der Haut, von Lombardo 512
Über drei Pili bigemini, jedes Paar zu einem einzigen Schafte vereinigt, von S. Giovannini 519
Neue Befunde über zusammengesetzte Haarpapillen, von Giovannini 519
Über sensible Nervenendigungen in der Haut zweier Insektivoren (Talpa europaea und Centetes ecaudatus), von Max Bielschowski 519

Mikroskopie.

Zur Kenntnis der Weigertschen Elastinfarbstoffe, von L. Spiegel 258
Die X-Zellen des spitzen Kondyloms (Unna)-Chromatophoren, von Axel Cedercreutz 507
Dermatohistologische Technik der Unnaschen Färbemethoden für den Praktiker, von Heinr. Dreuw 519

Bakteriologie.

Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum. Dritte Abhandlung: Das Mycelium intrapilare des Mikrosporum, von R. Sabouraud 34
Neue Untersuchungen über das Mikrosporum. Vierter Teil: Allgemeine Morphologie des Mikrosporum im Haar, von R. Sabouraud 94
Flagellata bei Hautkrankheiten, von Selenew 100
Lebende Spirochäten, Dunkelfeldbeleuchtung, von Landsteiner und Mucha .. 153
Untersuchungen über den Bacillus des Ulcus molle, von Alberto Serra . 155. 202
Bakteriologische Untersuchung über Piedra columbica, von N. Komorita 212
Zur Spirochätenfärbung in dem Syphilisgewebe, von Tanaka 213
Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in Geweben, von K. Sakurane 213
Einige neue Methoden der Färbung und Zählung der Mikroorganismen im Blute, von Tanaka 213
Die Blastomyceten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten, von E. J. Marzinowski und S. L. Bogrow 249
Ein rascher Nachweis des Tuberkelbacillus im Urin durch den Tierversuch, von Arthur Bloch 259

Seite

Untersuchungen über Spirochaeta pallida und einige andere Spirochätenarten, insbesondere in Schnitten, von P. Mühlens ... 259
Der praktische Wert der Schaudinnschen Spirochaeta pallida, von S. Róna ... 260
Über Beobachtungen an der lebenden Spirochaeta pallida, von Ernst Eitner . 260
Zur Levaditi-Färbung der Spirochaeta pallida, von C. Benda ... 260
Zur Frage der Struktur und der Färbung der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum), von Maslakowitz ... 261
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gewebe nebst einigen Bemerkungen über Spirochätenfärbung und die Kernfärbung mit Silber imprägnierter Präparate, von Sh. Dohi ... 261
Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zu den Lymph- und Blutbahnen sowie über Phagocytose im primären und sekundären Stadium, von S. Ehrmann ... 261
Spirochaeta pallida in Ausstrichpräparaten von in Formalin gehärteten Organen, von A. Zabel ... 350
Lebende Spirochaeta pallida, von Metscherski ... 459
Bakteriologische Untersuchungen über die nach Ulcus molle auftretende Lymphangitis, von Pio Colombini ... 505
Beitrag zum Studium des Gonococcus, von Th. Vannod ... 520
Studium über den Gonococcus, von A. Bruschettini und L. Ansaldo ... 520
Über die Kultur der Gonokokken, von Nakao Abe ... 521
Über Spirochätenbefunde in spitzen Kondylomen, von A. Dreyer ... 521
Spirochätenähnliche Spiralfasern (sogenannte Silberspirochäten) im Gewebe eines Schweinefoetus, von Saling ... 521
Die praktische Durchführung des Nachweises der Spirochaeta pallida im grofsen Krankenhausbetrieb, von Ed. Arning und C. Klein ... 522
Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida, von L. Török und M. Schattelesz ... 522
Spirochaeta pallida in Ausstrichen formalinfixierter Organe, von A. Zabel ... 523
Die Färbung der Spirochaeta pallida im Schnittpräparat nach Giemsa, von G. Schmorl ... 523
Beobachtungen über Beweglichkeit und Agglutination der Spirochaeta pallida, von Zabolotny und Maslakowitz ... 523
Ein neuer Favuspilz, von E. Bodin ... 553
Über die Gonokokkenfärbung, von Ohno ... 560
Sporotrichosis, von Metscherski ... 611
Kulturen der Spirochaeta pallida nach Levaditi, von Metscherski ... 611

Hygiene.

Wie kann Prophylaxe durch Behandlung bei venerischen Krankheiten am besten erzielt werden? von James Pedersen ... 262
Was kann die Behandlung für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten tun? von Herm. G. Klotz ... 262
Sanitäre Einrichtungen und ärztliche Erfahrungen beim Bau des Simplontunnels 1898—1906, Nordseite Brig, von Daniele Pometta ... 263
„Kreuzschutz“, ein neues Mittel zur Verhütung geschlechtlicher Infektion, von E. Singer ... 348
Über die Verantwortlichkeit des mit der Untersuchung der Prostituierten beauftragten Arztes ... 469
Berufsgeheimnis und obligatorische Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten, von W. A. Purrington ... 480
Ein Vorschlag zum sexuellen Schutz junger Männer, von Eugene Juller ... 504
Wo werden die venerischen Krankheiten erworben, was geschieht dagegen und was sollte dagegen geschehen? von Georges Hebert ... 523
Über die Geschlechtskrankheiten und die Regelung der Prostitution vom sozialhygienischen Standpunkt, von Paul Emile Morhardt ... 524
Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs, von F. Regnault ... 524
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, von S. Gross ... 524
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 524
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom sexual-ethischen Standpunkte, von A. Stöhr ... 524
Zur sexuellen Aufklärung der Kinder, von S. Freud ... 524

Seite

Welche Stellung hat der Arzt zur Frage der sexuellen Aufklärung der Kinder zu nehmen? von Albert Moll 525
Gesetzliche Eheverbote für Kranke und Minderwertige, von M. Markuse 525
Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Cöln, von Ferdinand Zinsser 549
Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bezw. Melderecht und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von Magnus Möller 550
Die Abiturientenvorträge über das Geschlechtsleben, von E. von den Steinen 550
Die Neisserschen Syphilisforschungen auf Java 550
Zur Frage der Inskription unter sittenpolizeiliche Aufsicht mit besonderer Berücksichtigung der Dortmunder Verhältnisse, von J. Fabry 551
Skizzen aus Holland, von J. Rutgers 551
Über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten beim Stillgeschäft, von Galewsky 551
Zur Verschwiegenheitspflicht der Ärzte, von Ludwig Bendix 551
Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Österreich, von E. Finger 552
Die Prüderie als Ursache körperlicher Schädigungen, von Karl Ries 553

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Histologie der weifsen Flecke, von Pinkus 146
Zur Kenntnis der diphtherischen Hautentzündungen, besonders der durch echte Diphtheriebazillen hervorgerufenen, von Arthur Schucht 196
Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Sekretion und die sekretbildenden Zellen der Bürzeldrüse der Ente, von Margarete Stern und L. Halberstaedter 197
Über die bei der aseptischen Entzündung des Bindegewebes auftretenden Zellformen, von Karl Zieler 199
Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten, von Jean Schäffer 200
Diät als ätiologischer Faktor bei Hautkrankheiten, von Henry W. Stelwagon 205
Die Bedeutung von Indikan im Urin bei gewissen Hautkrankheiten, von F. Engman 207
Gewebsveränderungen nach Quecksilberinjektion, von Mitsuda 212
Lungenmykosen, von Gastou 245
Livedo inflammatoria, von F. Balzer und P. Merle 246
Zur Histologie der Arsenkeratose, von Ludwig Waelsch 249
Diagnose der Hautkrankheiten, von Alfred Schalek 253
Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Nervengewebe, von J. Philip Kanoky . 254
Fieber nach Röntgenbehandlung, von A. Huber 263
Beiträge zur Frage der Ernährungsstörungen der Haut von Amputationslappen, von W. Kotzenberg 263
Über Art und Zustandekommen der von B. Fischer mittels „Scharlachöl" erzeugten Epithelwucherungen, von L. Jones 263
Atypische Epithelwucherungen und Carcinom, von Hermann Stahr 264
Arzneiwirkungen auf die Haut, von Thomas S. Blair 349
Untersuchungen über die Veränderungen des elastischen Gewebes bei einigen pathologischen Zuständen der Harnblase, von Migliorini 512
Die Wassermann-, Neisser-, Brucksche Reaktion und die mittels derselben gewonnenen Ergebnisse, von Terebinski 517
Gefahrsignale der Haut, von L. Duncan Bulkley 525
Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medizinischen Quarzlampe und des Finsen-Apparates, von Paul Wichmann 525
Über Exsudatzellen bei der akuten septischen Entzündung des Bindegewebes, von Karl Ziegler 526
Dermatitis aus äufseren und Dermatitis aus inneren Ursachen, von A. J. Harrison 526
Zur Wirkungsweise der „Scharlachöl"-Injektionen B. Fischers bei der Erzeugung carcinomähnlicher Epithelwucherungen, von Oscar Wyss 526
Autointoxikation und Hautkrankheiten, von Siegfried Grosz 527

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Noch einiges über Crurin, von Milk Savičevič 33
Die Regelung des Abstandes der Röntgenröhre bei der Behandlung oberflächlicher und tiefer Geschwülste, von Ennion G. Williams 99

Seite
Seebäder in der Dermatologie, von Robert Abrahams 99
Ein Beitrag zur Stauungsbehandlung, von Otto Putzler 195
Zinkperhydrolsalben in der Dermatologie, von Theodor Mayer.............. 201
Diät als therapeutisches Mittel bei Hautkrankheiten, von George Henry Fox. 205
Stärkekleister als Hautmittel nebst Bemerkungen über die Skabiesbehandlung, von H. Yamada 212. 213
Uber die Antipyrinexantheme, von Nakahara................................ 212
Thimol, ein neues geruchloses Ichthyolpräparat von Prof. Shimoyana, von Dohi 213
Toxikodermie nach Röntgenbestrahlungen, von Fricke...................... 251
Richtige Applikationen und richtige Verbände in der Behandlung der Hautkrankheiten, von Andrew P. Biddle 253
Die Opsonine und gewisse bakterielle Hautkrankheiten, von Harry Everett Alderson 254
Über Seifenpomaden, von M. Carle und R. Boulud 255
Über die Wirkung der Quarzglas-Quecksilberlampe, von German 265
Ein Fall von Atoxylvergiftung, von Ludwig Waelsch........................ 265
Über Kolloide 265
Über Operationen unter Gaudaninhautschutz nach Döderlein, von Arthur Littauer.. 266
Über das Helmitol, von R. Rovasio 266
Ein Fall von tödlich verlaufender Quecksilberintoxikation, von J. F. Crippa... 266
Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten, von K. Siebert.. 267
Zur Behandlung der Stomatitis mercurialis, von Paul Meissner 267
Eine physiologische und therapeutische Studie über die organischen Jodderivate, von Tchayan 267
Percutane Jodtherapie, von E. Waldmann 267
Jothion, von Jos. Ritter v. Metnitz....................................... 267
Über Sajodin, von Otto Anacker... 268
Zur Anwendung des Mesotan in Salbenform, von Julius Weiss.............. 268
Verbesserte Vorschriften für einige Pittylenpräparate 269
Die Rezeptur des Protargols, von F. Goldmann 269
Über die bactericide Wirkung eines neuen Silberpräparates Sophol, verglichen mit derjenigen des Protargols, von Selenkowski 269
Die neueren Erfahrungen über Theophyllin (Theocin. natr. acet.), von K. Thienger 270
Die intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinaminverbindung und ihr Einfluſs auf Narbengewebe, von E. R. W. Frank 270
Über Pseudoanämien, von H. Strauss...................................... 270
Antipyrinexanthem, von Ehrmann....................................... 299. 301
Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht), von Carl Stern und E. Hesse...... 305
Vergleich des Wertes von Radium- und Röntgenbehandlung bei einigen Hautkrankheiten, von J. Rudis-Jicinsky 350
Diskussion über Radiotherapie in der dermatologischen Gesellschaft von Chicago, von Joseph Zeislen.. 351
Abgeheilter Lichen ruber planus mit Narben eines Arsenzosters und einem frischen Arsenzoster, von Jadassohn 425
Über Gadose als Salbengrundlage, von K. Ganz 461
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Silbernitrat- und Protargollösungen auf lebende Schleimhäute, von Wildbolz.......................... 463
Ein dermatologischer Verband, Collodium mit Watte, von A. Chatin 467
Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hautleiden, von A. H. Ohmann-Dumesnil 504
Ein neuer mechanischer Kompressor bei der Lichtbehandlung nach Finsen, von F. Sandman 506
Über Sulfur colloidale, von Max Joseph 507
Therapeutische Revue, von Max Joseph 546
Aus E. Mercks Jahresbericht 562
Acidum carbolicum.. 562
Acidum cacodylicum und seine Salze................................. 562
Acidum picrinicum.. 563
Aesculin 563
Airol 563
Albargin 563

Seite

Kritische Betrachtungen über die sogenannte Syphilisspirochäte. 1. Die Silberspirochäte, von Theodor Saling ... 107
Eine Entgegnung auf die Pallidakritik von Herrn Saling, von Max Wolff ... 108
Erwiderung auf den vorstehenden Artikel des Herrn Wolff, betreffend die „Spirochäten-Frage", von Theodor Saling ... 108
Diskussion über die Vorträge der Herren A. Blaschko: „Bemerkungen und Demonstrationen zur Spirochätenfrage" und C. Benda: „Zur Kritik der Levaditischen Silberfärbung von Mikroorganismen", von Erich Hoffmann ... 109
Zur Kritik der Silberspirochäte, von H. Beitzke ... 110
Die sogenannte „Luesspirochäte", von Theodor Saling ... 110
Zwei Fälle von atypischem syphilitischem Schanker, von Metscherski ... 110
Bericht über einen Fall von Primärsyphilid der Nasenhöhle, von A. Baldwin ... 110
Ein Fall wahrscheinlicher Reinfectio syphilitica, von Kolomoizew ... 111
Die Diagnostik der Spätsyphilis, von L. Landouzy ... 111
Hereditäre und erworbene Knochensyphilis, von Robert W. Taylor ... 111
Zur Lehre der hereditären Syphilis, von Marie Wersilowa ... 112
Über Pleuritis gummosa, von Max Lissauer ... 112
Die Lokalbehandlung der syphilitischen Gummigeschwülste durch Einspritzungen von Jodkalium, von F. Trémolières ... 112
Zur Lehre von der Lues nervosa, von Hans Hübner ... 112
Zur Frage der Silberspirochäte, von Walter Schulze ... 113
Gehirnsyphilis mit Coma; Wiederherstellung, von J. Lippe ... 113
Hirnsyphilis bei Kindern, von Arthur Willard Fairbanks ... 113
Progressive Paralyse und Syphilis, von F. Ris ... 113
Zur Kasuistik der Spondylitis syphilitica gummosa, von Tscherbakow ... 114
Syphilitische Arthropathien, von Marino ... 114
Eitriger Zerfall einer Irispapel, von Guzmann ... 114
Diagnose und Therapie der syphilitischen tertiären Zungensklerose, von C. Bruhns ... 114
Leukoderma lueticum et psoriaticum, von Anton Blumenfeld ... 115
Ein Fall von syphilitischer Orchitis, behandelt mit intramuskulären Injektionen von grauem Öl, von Wets Heck ... 115
Die syphilitische Metrorrhagie, von A. Muratow ... 115
Über einen Fall von syphilitischer Lungenerkrankung, von Emile Sergent ... 115
Ein Fall von syphilitischer Geschwulst des Magens und der Leber mit Heilung, von Max Einhorn ... 116
Über groſsknotige, tumorähnliche Tuberkulose der Leber, wahrscheinlich kombiniert mit Syphilis, von Walther Fischer ... 116
Beitrag zur Frage des syphilitischen Leberfiebers, von Géronne ... 116
Der gutartige syphilitische Ikterus, von D. Jerinici ... 116
Über intermittierendes Fieber bei visceraler Syphilis, namentlich bei Lebersyphilis, von Julius Mannaberg ... 117
Einige Bemerkungen zur Syphilis-Diagnose und -Therapie, von Leop. Michaelis ... 117
Über die Wirkung der Eisenquellen von Spa auf die Syphilis, von R. Wybauw und Vaude Weyer ... 117
Zur abortiven Behandlung der Syphilis, von Jullien ... 117
Die Frühbehandlung der Syphilis, von Thalmann ... 117
Zur Technik der Injektion unlöslicher Quecksilbersalze. von Fr. Rolshoven ... 118
Über eine Verbindung von Quecksilber und Arsenik, das Enesol, als Heilmittel bei Syphilis, von Iwan Bloch ... 118
Über die therapeutische Anwendung des Sajodins und seine Ausscheidungsverhältnisse, von Géronne und E. Marcuse ... 118
Über den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie, von J. Guſsman ... 118
Zur internen Behandlung der Syphilis mit Mergal, von Keil ... 118
Zur inneren Therapie der Syphilis, von Edmund Saalfeld ... 119
Arseninjektionen, von Dreyer ... 145
Behandlungserfolge der Lues mit Atoxyl, von Bruhns ... 147
Lues, Tubercula cutanea, von Nobl ... 148
Sklerose der rechten Mamilla, von Neugebauer ... 149
Lues corymbosa, von Oppenheim ... 149
Lues maligna praecox, von Oppenheim ... 149
Sklerose an der Nasenspitze, von Ullmann ... 151

Seite
Lues oder Tuberkulose der Schleimhaut, von Finger 153
Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis, von Bertarelli 155. 319
Der gegenwärtige Stand der experimentellen Studien über die Syphilis, von Pasini 155
Ein Todesfall infolge von Komplikationen, nach Behandlung der Syphilis mit einem löslichen Hg-Präparat, von Kolomoizew 157
Über einen Spirochätenbefund bei einer framboesiformen (tuberkulösen?) Hauterkrankung, von Walther Pick 194
Ein Beitrag zur Pathologie der Syphilis, von Egon Tomasczewski 197
Zur Infektiosität des Gumma, von Fritz Veiel 198
Wirksamkeit der Exzision syphilitischer Primäraffekte, von P. Witte 198
Über extragenitale Syphilisinfektion, von Valentin Zarubin 199
Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung, von H. Moutot und Petitjean 210
Ein besonderer Fall von erythematös-knotiger Hautentzündung infolge von unerkannter Syphilis, von Giuseppe Verrotti 211
Syphilis und Diabetes, von Gaucher und Lacapère 211
Ein Fall von schankerähnlichem tertiären Syphilid der Vorhaut mit gleichzeitiger alter Scabies und langdauerndem Ikterus benignus, von Laffout 211
Beitrag zur pathologischen Histologie der tertiär-syphilitischen Hauterscheinungen, von Joseph Nikolas und M. Favre 211
Über Tic douloureux des Gesichtes, eine wahrscheinlich kongenitale Lues, und Heilung derselben durch Hydrargyrum benzoatum, von L. Léard 212
Krankenvorstellung von Gumma des Oberkieferknochens, von Ito 213
Der schwarze syphilitische Schanker, von Selenew 214
Zur Lehre der Syphilis des Gehirns, von S. Grusdew 214
Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis, von Duhot, Jullien, Etienne, A. Fournier, Al. Renault u. a. 244
Herstellungsweise des Oleum cinereum und über die Art seiner Anwendung 244
Übertragung der Syphilis durch ein Bruchband, von Gaucher und Monier-Vinard 244
Ulcus durum in der Regio axillaris, von Gaucher und Monier-Vinard 244
Heredo-Syphilitiker, von Gaucher und Monier-Vinard 244
Ulcus durum am vorderen Gaumen, von A. Renault 245
Schanker des Zahnfleischrandes, von Gaucher, P. Camus und Druelle 245
Ulcus specificum der Fossa navicularis urethrae, von Gaucher und Camus 245
Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage, von Harttung und Otfried Foerster 246
Syphilidologische Beiträge, von J. Jadassohn 247
Eine Quecksilberschnupfungskur, von Carl Cronquist 248
Zur Wirkung des Quecksilbers, von K. Kreibich 249
Über die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal, von Heinr. Kanitz 252
Komplikationen bei intravenösen Quecksilberinjektionen, von William F. Bernart 253
Varioliformes Syphiloderm, von Henry Alfred Robbins 254
Ein Bericht über sechs Fälle extragenitaler Syphilis aus der Landpraxis, von Frank H. Washburn 255
Über Lues hereditaria der Leber, von Ch. Fouquet 256
Die Prophylaxe der Syphilis bei den älteren Forschern, von L. Le Pileur 256
Ein Fall von schwerer Syphilis, bei welchem Atoxyl versagte, während Merkur zur Heilung führte, von Lévy-Bing 257
Zur Kasuistik der Syphilis der inneren Organe, von Dolgopolow 257
Ulceröse Affektion des Pharynx, von Finger 294
Endarteriitis luetica, von Ehrmann 295
Lichen syphiliticus, von Müller 296
Lichen lueticus, Rezidivroseola, von Gellis 296
Serpiginöse Syphilide, von Finger 297
Alopecia areolaris luetica, von Grünfeld 298
Extragenitale Sklerosen an der Unterlippe, von Pollitzer 298
Seborrhoisches Syphilid, von Grünfeld 302
Alopecia areolaris luetica, von Grünfeld 302
Onychia und Paronychia syphilitica ulcerosa, von Nobl 302

Seite
Sklerose an der rechten Tonsille, von Spiegler ... 303
Gummöse Ulcerationen, von Brandweiner ... 304
Rezidivexanthem, von Reines ... 304
Über extregenitale Syphilisinfektion, von Valentin Zaroubine ... 307
Über hereditäre Lebersyphilis, von Ch. Fouquet ... 308
Onychosis atrophica exfoliativa heredo-syphilitica, von Gaucher ... 308
Gummata syphilitica-praecocia, von Paul Bonnet ... 308
Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach Ulcus venereum, von A. Paoli ... 308
Beitrag zum Studium des primären Syphiloms der Membrana pituitaria, von P. Ramognini ... 308
Initialsyphilom des rechten inneren Augenwinkels, von F. Pistoj ... 309
Über die protozoischen Parasiten bei Syphilis, von Prof. Max Schüller ... 317
Zum Nachweis der Spirochaeta pallida in Ausstrichen, von J. Schereschewsky ... 318
Beitrag zur Färbung der Spirochaeta pallida (Schaudinn), in Ausstrichpräparaten, von G. Giemsa ... 318
Der Nachweis der Spirochaeta pallida, seine Bedeutung und praktische Verwertbarkeit für die Diagnose der Syphilis, von Richard Schuster ... 319
Die neueren Syphilisuntersuchungen und deren praktische Anwendung, von Boleslaw Lapowski ... 319
Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affenarten und der Meerschweinchen für dasselbe, von E. Bertarelli ... 320
Übertragung der experimentellen Augensyphilis des Kaninchens von Tier zu Tier, von Egon Tomasczewski ... 320
Experimentelle Studien über Syphilis. I. Impfsyphilis der Affen, von J. Siegel 320
Über den Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischen, von E. Weil ... 321
Lippensklerosen, von Jerome Kingsbury ... 321
Über Reinfectio syphilitica, von Carl Oplatek ... 321
Beobachtungen an 2250 Syphilisfällen, von Bayet ... 321
Über zwei Fälle von Syphilis, welche Abdominaltyphus vortäuschten, von J. D. Rolleston ... 322
Bur Behandlung der malignen Syphilis, von Metscherski ... 322
Die Syphilis maligna im Lichte der Immunitätslehre, von J. Sellei ... 322
Über Fieber bei tertiärer Syphilis und die damit verbundenen visceralen und sonstigen Abnormitäten, von F. P. Weber ... 323
Fieber bei tertiärer Syphilis, von J. D. Rolleston ... 323
Hereditäre Syphilis bei einem 12½ Jahre alten Knaben, von Troisfontaines 323
Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der grofsen Gefäfse bei kongenitaler Lues, von Egon Rach und Richard Wiesner ... 323
Über die Beziehungen der Syphilis zur perniciösen Anämie, von Jakob Ausderau ... 324
Ein Fall von multiplem Aortenaneurysma auf luetischer und atheromatöser Grundlage, von Erich Aschenheim ... 324
Über die schwielige Arteriosklerose und ihre Beziehung zur Syphilis, von Georg Molinari ... 324
Metrorrhagia syphilitica, von A. A. Muratow ... 324
Über luetische Nekrose am Alveolarfortsatz der Kiefer, von Hans Ahrens ... 324
Über Onychia pigmentosa, von Hans Vörner ... 325
Beitrag zum klinischen und anatomischen Bild der Lues cerebrospinalis, von Tiedemann und T. Nambu ... 325
Zur Tabes-Syphilisfrage, von Ernst Patschke ... 326
Die Lungentuberkulose bei den Syphilitikern, von Emile Sergent ... 327
Diagnose und Behandlung des Zungencarcinoms bei Syphilitikern ... 327
Über eine Nachweisestelle syphilitischer Ammen, von Franz Nagelschmidt 327
Einige Betrachtungen über die Präventivmethoden gegen Syphilis, von Dupuy 328
Behandlung der Spätformen der Syphilis, von M. v. Zeissl ... 328
Syphilisbehandlung mit „Sozojodol-Quecksilber", von Hugo Tausig ... 328
Syphiloderma mit anderen Hautkrankheiten, von Jerome Kingsbury ... 349
Die Erfolge, welche bis jetzt bei der experimentellen Überimpfung der Syphilis erzielt wurden, von C. M. Williams ... 351
Ein Fall von Schanker infolge eines Bisses, von Jerome Kingsbury ... 352

Seite

Über Enésol, eine Verbindung von Quecksilber und Arsen, bei der Behandlung der Syphilis, von Robert Kamprath ... 356
Die intensive und abortive Syphilisbehandlung durch Einspritzungen von grauem Öl, von Duhot ... 356
Die Anwendung des 40%igen „grauen Öls" (Oleum cinereum) zur Behandlung der Syphilis, von Karl Zieler ... 356
Atoxyl bei Syphilis, von O. Lassar ... 357
Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung, von M. v. Zeissl ... 357
Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Mergals, von M. v. Zeissl ... 357
Erfahrungen über das neue Antilueticum Mergal, von Hogge ... 358
Über den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie, von Josef Guszmann ... 358
Über die Rolle des Jodkaliums in der gegenwärtigen Syphilistherapie, von Duhot 358
Spirochaeta pallida, von Jadassohn ... 424
Fall von Lues hereditaria bei einem 12jährigen Knaben, von Jadassohn ... 425
Circinäres Syphilid am Skrotum, von Jadassohn ... 425
Syphilis hereditaria tarda, von Danlos und Blanc ... 425
Operativ geheilte Perforation des Gaumens, von Morestin ... 425
Seit 19 Jahren bestehendes Syphilom, von Gastou und Legendre ... 425
Drei Fälle tertiärer Syphilis und ein Fall von Lepra, „Anilarsinate de Soude", von Hallopeau und Railliet ... 425
Schanker am After und mehrere Schanker an den grofsen Schamlippen, von Balzer und Galup ... 426
Reinfectio syphilitica, von Kolomoitzew ... 426
Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker, von Djatschkow ... 427
Merkwürdige Veränderungen in der Handschrift bei einem Fall von Syphilis und progressiver Paralyse, von Magdalene Thumm-Kintzel ... 460
Über Hämospermie, ein Fall von Lues haemorrhagica der Samenblasen, von Paul Cohn ... 462
Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl nach dem Vorgang von P. Salmon, von H. Hallopeau ... 468
Die Syphilis im Heere, von E. Deloeme ... 469
Gibt es eine Syphilis, die spontan abortiv verläuft? von Edgar Ballenger ... 504
Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektion von Salicyl-Quecksilber und mit Merkuriolöl, von Edvard Welander ... 505
Über die systematisierten Lokalisationen des Treponema pallidum, von H. Hallopeau und Gastou ... 507
Über quaterne hereditäre Syphilis des retikulären Bindegewebes, von Gaucher 508
Über hereditäre Lebersyphilis, von Ch. Fouquet ... 508
Über Nephritis luetica secundaria tardiva, von Lévy-Franchel ... 508
Die Wasser von Barèges und die Syphilis, von Laroche ... 508
Die Überwachung des Nervensystems der Syphilitiker, von Milian ... 509
Myositis syphilitica im Bicepsmuskel, von Lozé, Leredde und R. Martial ... 510
Der gegenwärtige Stand der experimentellen Syphilisforschungen von Prof. A. Neisser, von R. Martial ... 511
Über die sogenannte tertiäre Periode der Syphilis, von V. Mibelli ... 511
Die Wirkung des Quecksilbers auf die Spirochaeta pallida, von Capelli und Gavazzeni ... 511
Syphilitische Entzündung der Gefäfse mit nachfolgender Gangrän, von Czeslaw Otto ... 515
Ein Fall von Diabetes insipidus infolge einer syphilitischen Basilarmeningitis, von Lomowitzki ... 517
Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, von S. Ehrmann ... 546
Spirochaeta pallida im Lichen syphiliticus, von Lichtmann ... 546
Über moderne Syphilisforschungen, von Hans Hübner ... 552
Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise, von Iwan Bloch 552
Die Neisserschen Syphilisforschungen auf Java, von Neisser ... 552
Spät auftretende sekundär-syphilitische Nephritiden, von A. Lévy-Franckel 555
Über Syphilis und Wahnsinn, von L. Marchand und M. Olivier ... 557
Ein Fall von syphilitischer weifser Pneumonie bei einem Erwachsenen, von Mosny und Malloizel ... 557
Über Vorsichtsmafsregeln gegen die Syphilis bei unseren Vorfahren, von Georges Fernet ... 557

Seite
Über hereditäre Lebersyphilis, von Ch. Fouquet 557
Atrophie des Opticus infolge von Atoxylinjektionen, von F. Terrien 558
Allgemeines papulöses Sekundärsyphilid erfolglos behandelt mit großen Dosen von Cacodylsäure, von Bory 558
Vier Fälle von extragenitalem Schanker, von Okamura 560
Zwei seltene Fälle von extragenitalem Schanker, von Tanaka 560
Psoriasis vulgaris und Psoriasis syphilitica, von Ito 560
Krankenvorstellung von Syphilis hereditaria tarda, von Saito 560
Syphilis ulcerosa, von Ohno 560
Prophylaxis der Syphilis nach Metschnikoff, von Metscherski 611
Beiträge zur Legende der Altertumssyphilis, von Notthafft 613
Die Behandlung der Syphilis im Lichte neuerer Untersuchungen, von Wlodzimierz Lukasiewicz 620
Zur Erage des Ikterus im Frühstadium der Syphilis, von Andrzej Buraczynski 621

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Angeborene Ichthyosis, von Blaschko 32
Ein weiterer Fall von Dyskeratosis pseudo-follicularis Darier, von E. Constantin und Levrat 34
Drei Fälle von Psoriasis vulgaris bei Säuglingen, von Adolf Friederichs 94
X-Strahlen und hochfrequente Ströme in der Behandlung von Ekzem und Psoriasis, von Noble M. Eberhart 99
Über einen Fall von Hornbildung am Kopfe, von J. A. C. Mac Ewen 119
Die Erytheme und das Ekzem der Säuglinge, von Méry 119
Der Einfluſs der Ernährung bei der Behandlung von Ekzem, von A. Ravogli 119
Dermatologische Beiträge: Ekzema acutum arteficiale durch Siegellack-Ringeinlage, von P. Näcke 120
Ein Beitrag zur Ätiologie der Psoriasis, von Clemens Boesl 120
Ein Beitrag zur Sykosisbehandlung, von Max Berliner 120
Die Haarparasiten bei Kindern, von S. Bormann 120
Nierenerscheinungen im Verlaufe der Impetigo und des impetiginösen Ekzems, von L. Guinon und Pater 120
Pityriasis lichenoides chronica, von Scherber 149
Psoriasis punctata, von Scherber 149
Psoriasis guttata, von Scherber 149
Herpes tonsurans capillitii, von Müller 149
Psoriasis vulgaris, von Spiegler 151
Ekzema sycosiforme, von Spitzer 151
Erythem, Ichthyosis, von Nobl 151
Atypische Pityriasis rosea, von Oppenheim 152
Pemphigus vulgaris, von Kren 153
Psoriasis vulgaris, von Mucha 153
Über einen Fall von Ichthyosis hystrix, von Bargigli 156
Dermatitis exfoliativa, von Burnside Foster 206
Krankenvorstellung von Keratosis follicularis, von Ohno 212
Ein Fall von Keratosis, von Nomere 213
Krankenvorstellung von Pityriasis rubra Hebra, von Tanaka 213
Desinfektol als Antiscabiosum, von N. Yeshida 213
Beiträge zur Pityriasis rotunda, von N. Komorita 213
Über Herpes tonsuraus bullosus, von Tanaka 213
Dermatitis papillaris capillitii, von Yomose 213
Trichophytie in Japan, von Yamada 213
Über einen neuen Fall von Psoriasis im Anschluſs an die Impfung, von Hallopeau und Gastou 244
Zusammenhang von Erythrodermia desquamativa und bullösen Hauterkrankungen mit Veränderungen in der Schilddrüse und den Nebennieren, von P. Gastou und Bogolepoff 245
Über Leukoplakia (Leukokeratosis) penis, von Alfred Kraus 248

Seite

Psoriasis bei Kindern, von Carl Leiner 253
Betrachtungen über Ichthyosis, Bericht über einen Fall von ungewöhnlicher Lokalisierung, von Russell H. Boggs 254
Über einen neuen Typus von Erythrodermia exfoliativa, von L. M. Pautrier und Fage 255
Pityriasis lichenoides, Leukoderma, von Reines 295
Pityriasis lichenoides chronica, von Scherber 296
Impetigo herpetiformis, von Kren 297. 300
Psoriasis punctata und guttata, von Leiner 300
Lykosis parasitaria vera, von Spiegler 303
Keratosis spinulosa (Lichen pilaris seu spinulosus, von G. Piccardi 309
Über Dermatomykosen, von Semblinow 358
Der gegenwärtige Stand der Frage des Favus beim Menschen, von Paul Née .. 359
Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis congenita, von Catherine Humbert 359
Über Psoriasis nach Impfung, von Joseph Grobelny 359
Dermatologische Winke für den praktischen Arzt, von Edward Pisko 359
Die Impetigo, von Gaucher 360
Ein Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol", von B. Klose 360
Das Ekzem der Nase, von Ménier 360
Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum non syphiliticus, von Kaupe 360
Pemphigus der Conjunctiva und der Cornea, sowie der Haut und der Schleimhäute, von Uhthoff 360
Psoriasis in Abheilung unter As-Behandlung, von Jadassohn 425
Psorospermosis Darier, von Metscherski 459
Rosacea, von P. G. Unna 459
Lichen obtusus corneus — ein ungewöhnlicher Typus der Lichenifikation, von Charles J. White 465
Miliaria papulo-pustulosa, von Brocq 468
Universelle Ichthyosis, von Brytschew 504
Dauernde Heilung der Ichthyosis durch neue Lichtstrahlen, von Corydon Eugene Rogers 504
Ekzema infantum — die Crusta lactea der alten Autoren, von John N. Upshur 504
Pityriasis rubra pilaris, psoriasisähnlich, von Arndt 545
Drei Fälle von Ichthyosis, von Toyama 560
Pityriasis rubra Hebrae, von Tsutsui 560
Über Favus, von Takahashi 560
Sykosis vulgaris und Ichthyosis, von Takahashi 560

b) Cutis.

Vorstellung von mittels Röntgentherapie geheilten Fällen von Onychomykosis, von C. Pellizzari 121
Behandlung venerischer Bubonen mit Saugglocken nach Bier-Klapp, von Ferdinand Schütz 121
Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach weichem Schanker, von Nencioni und Paoli 121
Chronische Hautinfiltration bei einem Phthisiker mit hyperämisierenden Prozeduren behandelt, von G. Hauffe 121
Die Behandlung mit Stauungshyperämie bei Phlegmonen und anderen akut entzündlichen Erkrankungen, von W. Burk 122
Lidödem wegen Karbunkel, von D. G. Alonso 122
Ein paranephritischer Absceß und multiple Muskelabscesse infolge eines Furunkels, von Leo Kohan 122
Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlicher Hautkrankheiten, von Schweitzer 122
Die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan, von Gerstle 122
Tropische Hautulcerationen, von Paul O. Woolley 123
Zur internen Behandlung der Akne, von Josef Kapp 123
Erythema nodosum und Rheumarthritis, von T. O. Symes 123
Über Erythema nodosum haemorrhagicum und über die Beziehungen des Erythema nodosum zur Purpura, von Géronne 123
Zur Atiologie des Erythema nodosum, von W. Hildebrandt 124

Seite
Lichen planus der Mundschleimhaut, von David Lieberthal 124
Pathologische Befunde bei zwei Fällen von Mykosis fungoides, von Samuel T. Oxton 124
Ekzema mycoticum en plaque, von Nobl 148
Lichen ruber planus, Lichen ruber verrucosus, von Ullmann 148
Lichen ruber planus der Zunge, von Spiegler 151
Ekthyma gangraenosum, von Kren 152
Prämykotische Erytheme, von Kren 153
Histologische Untersuchungen über einen Fall von Rhinosklerom, von Lamanna 157
Zur Lehre der Hautblastomykose, von Selenew 157
Das Rhinophym und seine operative Behandlung, von C. Sick 159
Die Mycetome, von Emile Brumpt 160
Die Behandlung bei äufserem Milzbrand, von Karl Lengfellner 161
Ein Fall von äufserem und innerem Milzbrand, von Karl Lengfellner 161
Das Sklerom in Böhmen, von O. Frankenberger 161
Beitrag zur Kasuistik des Skleroms, nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee, von Johann Fein 162
Ein Eall von Rhinosklerom, mit X-Strahlen behandelt, von Milton J. Ballin . 162
Klinische und experimentelle Studien über Blastomykose, von Bodo Spiethoff 162
Anwendung des Mesotanvaselins, von J. Ruhemann 163
Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel, von A. Hecht 163
Ein Fall von Aktinomykose der grofsen Zehe, von Külbs 163
Die Hydriatik des Rotlaufes, von J. Sadger 163
Ein Fall von echter Angina erysipelatosa, von D. Roth 163
Eine Behandlungsweise des Unterschenkelgeschwürs, von K. Sakurane 195
Der Pseudoleukämie ähnliche Hauterkrankung bei schwerer Anämie mit Leukopenie des Blutes (aplastische Anämie Ehrlichs), von K. Touton 197
Ekthyma vacciniforme bei Kindern, von T. Colcott Fox 204
Krankenvorstellung eines chronischen phagedänischen Geschwürs, von Dohi 213
Über Ecthyma gangraenosum, von Toyama 213
Sporotrichosis der Haut 245
Lichen planus, von Louste 245
Lichen planus des Mundes und des Penis, von Gaucher und Louste 245
Ein Fall von Pseudofurunkulosis pyaemica (Finger), von Carl Klein 249
Über die Ätiologie des Ulcus molle, von Alberto Serra 250
Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen auf Grund der Erfahrung an 543 Fällen, von Ernst Ivanyi 253
Lichen ruber verrucosus, von Weidenfeld 297
Lichen ruber verrucosus, von Pollitzer 298
Lichen ruber planus, von Nobl 302
Lichen ruber planus, von Reines 302
Lichen ruber planus an den Hohlhänden, von Kren 303
Lichen ruber planus, von Kren 303
Lichen ruber accuminatus, von Brandweiner 303
Gruppierter Lichen, von Brandweiner 304
Über einen Fall von Lichen ruber, von P. Sensini 309
Ulcus molle, von M. Duque 349
Fall von multiplen chronischen subcutanen Abscessen, verursacht durch einen Fadenpilz (subcutane Sporotrichose), von Lesné und Monier-Vinard 360
Die Behandlung der periungualen Eiterungen, von Raymond Bonneau 360
Die Nachbehandlung der Fingerverletzungen von seiten des praktischen Arztes, von R Zuelzer 360
Über die Behandlung eines Brustabscesses ohne Inzision durch Aspiration und Injektionen von Argentum colloidale in kleinkörniger Lösung, von J. L. Chirié und Cr. David 361
Cuprum sulfuricum als abortives Mittel bei Ulcus molle, von Pawlow 361
Fünf Fälle von Bubo inguinalis, von G. H. Colt 361
Über die Behandlung der Bubonen des weichen Schankers nach der Bierschen Methode, von Tschlenow 361
Über die Behandlung der Bubonen mit Bierscher Stauung, von Letnik 362
Über die diphterische progrediente Hautphlegmone, von O. Ehrhardt 362
Das Erysipelas auf der ersten medizinischen Abteilung in den Jahren 1896—1905, von Hugo Grunwald 362

Seite

Ein Beitrag zur Kenntnis des Gesichtserysipels, seine Häufigkeit und Mortalität, von Dimo Lessitchkoff 364
Beitrag zur Kasuistik und Therapie des Hautanthrax beim Menschen, von Florian Felix 364
Spirochätenbefunde bei Framboesia tropica, von M. Mayer 364
Zur Frage der Ätiologie der Noma, von Pawlowskij 364
Akute, idiopathische Gangrän im Säuglingsalter, von P. Heim 364
Behandlung der traumatischen Gangrän, von van Buren Knott 364
Kann Lichen ruber planus eine Unfallfolge sein? von Julius Heller 365
Über einen Fall von Rhinophyma, von Herbert Schneider 365
Lichen ruber planus (Wilson), von Tscherbakow 426
Mitteilung über einen Fall allgemeiner Blastomykosis mit Autopsie und erfolgreichen Impfversuchen, von Frank Hugh Montgomery 466
Blastomykosis der Haut, von Pawlow 503
Postoperatives Erysipel, von Emory Lanphear 504
Über das Granuloma trichophyticum Majocchi, von Giuseppe Mazza 505
Einhundert Fälle von nach Bier behandelten Bubonen, von Leon Wernic 516
Lichen planus, Kopf haarlose Plaques, Anus leukoplakieartig, von Arndt 545
Tiefe Ulceration an der Unterlippe, von M. Marcuse 545
Über tuberkuloide Sporotrichosen, von de Beurmann und Gougerot 553
Ein Fall von Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi, von Poisot 553
Über Erythema induratum Bazin, von Skitachi 560
Trichomycosis palmellina, von Yamada 560
Erythema bullosum vegetans, von Ustinow 610

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex, von E. Lesser 32
Über den Zusammenhang zwischen Sonnenstrahlen und Epitheliomatose, von W. Dubreuilh 95
Postoperative Röntgenbestrahlung und ihre Behandlungstechnik, Photographierungen, Geschichte und Bericht von einem Fall, von Homer C. Bennett. 98
Krebsgeschwulst im Hodensack, von Ledermann 146
Kaposisches Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von Ledermann 146
Epitheliom, von Ledermann 146
Behandlung maligner Geschwülste mittels Röntgenstrahlen, von Ennion Y. Williams 164
Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Carcinomen und Sarkomen, von C. Williams 164
Coccidiengranulome, von Philipp King Brown 164
Über Röntgenbehandlung des Epithelioms, von Ed. Schiff 164
Psorospermosis follicularis Darier, von Otto Sachs 164
Dariers Krankheit, von Allan Jamieson 165
Hautendotheliom, von William S. Gottheil 165
Über Pagetsche Krankheit, von Hans von Winiwarter 198
Zur Kenntnis der malignen Schweißdrüsentumoren, von Richard Wolfheim . 199
Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit letalem Ausgange infolge von Carcinom bei einem achtjährigen Knaben, von Josef Gussmann 200
Krankenvorstellung von Peniscarcinom und Lupus erythematosus, von Inouye . 213
Krankenvorstellung von Trichoepitheliom, von Dohi 213
Riesenepitheliom der linken Hälfte der Kopfhaut, von Hallopeau und Gastou 245
Nasenkrebs, von Morestin 245
Carcinom auf Gumma, von Ehrmann 299
Xeroderma pigmentosum incipiens, von Reines 302
Sarcoma idiopathicum multiplex, von Spiegler 303
Primäres, perforierendes Epitheliom des harten Gaumens, von Chauffard 365
Epithelioma bei Kohlenarbeitern, von A. W. Lueke 365
Trypsin beim Carcinom — ein vorläufiger Bericht, von William Seaman Bainbridge 366
Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von S. Martin 366
Epithelioma nasi, von Sokolow 503

Seite
Die Behandlung der Hautepitheliome mit den neueren Methoden (Phototherapie, Radiotherapie, Radiumtherapie, hochfrequenter Strom, Elektrolyse-Zink-Jon), von H. Lebon ... 509. 510. 615
Die Behandlung mit den Röntgenstrahlen ... 510
Über einen Fall von „subcutanem Sarkoid Darier", von Pelagatti ... 511
Kankroid am rechten Schulterblatt, von Arndt ... 545
Xeroderma pigmentosum, von Ito ... 560
Über Xeroderma pigmentosum und Augenleiden, von Kodama ... 560
Weiterer Verlauf von Xeroderma pigmentosum, von Nishikawa ... 560
Ein Fall von Adenocarcinoma lenticulare capillitii, von H. Kreibich ... 613

b) Benigne.

Zur internen Therapie der spitzen Condyloma, von Axel Cedercreutz ... 33
Nervenshok und Xanthoma diabeticorum, von Tscherbakow ... 100
Zur Kenntnis des Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz ... 165
Über das Lymphangioma circumscriptum papillare der Zunge, von Cosentino 166
Lipoma multiplex simmetricum, von Ernst Spitzer ... 166
Hautmyome, von M. L. Heidingsfeld ... 166
Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von Robert Bernhardt ... 166
Über traumatische Epithelcysten, von Pietzner ... 167
Ein Vorschlag zum Multiplexverfahren für Warzenbestrahlung unter Benutzung von Schablonen, von Jirotka ... 167
Beiträge zur Kenntnis der Schwielen und Hühneraugen, von Bruno Sklarek 196
Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Malcolm Morris und Wilfried Fox ... 203
Angiomabildung in Verbindung mit Hypertrophie und Hemihypertrophie, von F. Parkes Weber ... 204
Ein Fall von Epidermalcyste, eingeschlossen in einer alten Herpesnarbe im Gesicht, von Howard F. Warner ... 204
Krankenvorstellung von Fibroma molluscum, von Tanaka ... 212
Über Cholesteatom an den Handtellern, von Honda ... 213
Über einen Fall von Onychogryphosis, von A. Jordan ... 213
Symmetrische Lymphome, von Danlos und Blanc ... 246
Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex, von J. Sack ... 257
Molluscum contagiosum giganteum, Fibrom, von Nobl ... 295
Syringocystadenoma, von Kyrle ... 296
Akrodermatitis, Fibrom, von Oppenheim ... 300
Neurofibromatosis Recklinghausen, von Reines ... 302
Untersuchungen über Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz ... 306
Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von George Herbert Lancashire 350
Über die Behandlung von Neugebilden mittels des elektrischen Stromes, von Hugo Bayer ... 366
Venöses Hautangiom mit beginnender Malignität, von Ralph R. Campbell ... 366
Über einen Fall von Teleangiektasie mit Blutung, von W. Beigh ... 366
Ausgedehnte multiple Keloide. Drei Fälle bei Chinesen als Folge gewohnheitsmäßiger Morphiuminjektionen, von Maximilian Herzog ... 366
Über die Behandlung der Keloidakne des Nackens, von Sprecher ... 366
Behandlung der Warzen, von Zoroastro Alvarenha ... 367
Ein Fall von allgemeiner Fibromatosis mit tödlichem Ende infolge eines Tumors an der linken Brustseite, von J. Mackie Whyte ... 367
Über Lymphangioma cutis, von Malka Surawitsch ... 367
Zwei Fälle von sog. Adenomata sebacea, von Basha Drabkin-Slutzky ... 368
Ein Fall von multiplen, circumskripten Lipomen, welche mit Äthylchlorid behandelt wurden, von Agnes F. Savill ... 368
Ein Fall von Keratangioma, geheilt durch Thierschsche Transplantation, von H. Bán ... 368
Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum, von Franciszek Krzysztalowicz ... 513
Ein Fall von gruppiertem punktförmigem Hautangiom und die Beziehung des Prozesses zum Angiokeratoma Mibelli, von Felix Malinowski ... 515
Weiterer Verlauf von Erythème kératosique symétrique, von Momose ... 560

c) Pigmentanomalien.

Seite

Leukodermie und analoge Veränderungen der Pigmentbildung in der Haut, von W. H. Evans ... 167
Naevus pigmentosus. Beziehungen desselben zu Sommersprossen und Chromatophoromen, von Adolf Rheindorf ... 368
Ein Fall von benigner Melanosis, von J. Clark Stewart ... 369
Beitrag zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie der Nebennieren, von Friedrich Fellbaum ... 369
Ein Fall von Morbus Addison, von Paul Herwig ... 370
Ein Beitrag zur Kenntnis der Addisonschen Krankheit, von H. Stursberg ... 370
Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Addison, von G. B. Roatta ... 370
Pigmentierungen der Haut, Epheliden und Chloasma, von Jadassohn ... 424

Regressive Ernährungsstörungen.

Radikale Behandlung des Ulcus varicosum, von Eric O. Giere ... 99
Lupus erythematosus discoides, von Nobl ... 147
Lupus erythematosus, Lupus erythematosus disseminatus, Lupus pernio, Tuberkulid, von Weidenfeld ... 150
Fleckenförmige Alopecie, Alopecia areata, von Ullmann ... 151
Sklerodermie mit Akrodermatitis, von Ullmann ... 152
Lupus erythematosus, von Oppenheim ... 152
Lupus erythematosus discoides, auch des Lippenrots, von Kren ... 153
Über den Lichen planus atrophicus und seine Beziehungen zu den umschriebenen Hautatrophien, von Vignolo-Lutati ... 156
Ein durch Quecksilberbehandlung geheilter Fall von Sklerodermie, von Chirone 168
Sklerodermie und Myositis, von T. A. Nixon ... 168
Ein tödlich verlaufener Fall von Myxödem mit Veränderungen in der Glandula parathyreoidea, von D. Foroyth ... 168
Myxoedema fruste, von Anton Krokiewicz ... 168
Zur Kasuistik der „kolloiden Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe", von Ignaz Sandeck ... 169
Ein Fall von Alopecia areata neurotica, von David M. Greig ... 169
Haarausfall und Hypertrichosis, von Siegm. Kreuzfuchs ... 169
Die künstliche Thrombose der Varicen, von Tavel ... 170
Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Jessner ... 170
Die „Biersche Methode" bei der Behandlung der atonischen und phagedänischen Geschwüre der Extremitäten, von M. Bruns ... 170
Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica, von Otto Sachs ... 195
Ein Fall von seltener, chronischer progressiver Hautgangrän, von Y. Tsutsui .. 197
Krankenvorstellung von Lupus erythematodes, von Takahashi ... 213
Ulcus varicosum, von Wickham und Degrais ... 245
Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Fr. Schmidt ... 247
Zwei Fälle von Sklerödem, von Felix Pinkus ... 251
Sklerodermie, Sklerodaktylie, von Müller ... 297
Sklerodermie en plaque, von Pollitzer ... 298
Sklerodermie, vitiliginöse Pigmentationen, von Ehrmann ... 299
Erythromelie, von Ehrmann ... 299
Sklerodermie en plaques, von Ullmann ... 303
Diffuse Sklerodermie, von Reines ... 304
Tödlich endender Fall von Lupus erythematodes acutus, von Sydney Short .. 350
Zwei Fälle Raynaudscher Krankheit mit Augenkomplikationen, ein Fall verbunden mit Sklerodermie, von George Howard Fox ... 351
Über das Vorkommen der Trichonodosis (Galewski), von Otto Kren ... 371
Über argentoide Haarverfärbung, von W. Ipsen ... 371
Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Monilethrix, Spindelhaare), von Clara Hübschmann ... 372
Die Behandlung des Lupus erythematodes, von Brocq ... 372
Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Wirschubski ... 373
Weitere Fälle von Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen, von Schwerdt 373
Primärer Lupus erythematosus der Schleimhaut, von Balzer und Galup ... 426

Seite

Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans mit gleichzeitig bestehendem Skleroderma, von Jerome Kingsbury 467
Pseudopelade, von Hoffmann 545
Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus, von Toyama 560

Idioneurosen.

Die Behandlung der Pruritusformen inneren Ursprungs, von Albert Robin.... 373
Ikterischer Pruritus, von J. Phillip Kanoky.......... 374
Bedeutung und Behandlung des Juckens, von L. Duncan-Bulkley 374

Sekretionsanomalien.

Über Osmidrosis, von Ohno 560

Saprophyten und Fremdkörper.

Stark tätowierter Mann, von O. Rosenthal.......... 82
Ein Fall von subcutanem Emphysem bei Lungentuberkulose, von Ernst Krencker.......... 171
Über benigne Melanome („Chromatophorome“) der Haut — „blaue Naevi“, von Max Tièche 171
Zur Pathogenese des kongenitalen Ikterus der Erwachsenen, von Chauffard... 374
Die Osteome als Exostosen, Haut- und Sehnenknochen, von Wilhelm Koch .. 374
Desinfektion bei den durch tierische Parasiten hervorgerufenen Hautkrankheiten, von Julius Heller.......... 375
Über die Zecken, von L. G. Neumann.......... 375

Mifsbildungen.

Kahlheit, ihre Ursache und Behandlung, von Delos L. Parker.......... 99
Abstehende Nasenflügel, von Charles C. Miller.......... 100
Schnurbarthaar, Ringelhaare, von Pinkus.......... 147
Circumskripte Hypertrichosis, von Mucha.......... 153
Die Behandlung der Hypertrichosis und die Radiotherapie, von Leredde und Martial 171
Naevi symmetrici, von Dohi.......... 213
Weitere kasuistische Beiträge zu den multiplen symmetrischen Gesichtsnaevi, von Max Winkler.......... 248
Cutis plicata, von Julius Heller.......... 248
Zur Kenntnis der Hypertrichosis circumscripta mediana, von Wilhelm Landau 375
Fall von Pachyonychia congenita, von Jadassohn.......... 425
Über einen Fall von Keratoma palmare hereditarium, von A. Jordan.......... 427
Einige weitere Beobachtungen über die Behandlung pigmentierter Haarmäler mit flüssiger Luft, Bericht über drei behandelte Fälle, von William B. Trimble 466
Beitrag zur Kenntnis des Naevus (systematisatus) ichthyosiformis, von Carl Bohaç 547
Die Behandlung der Hypertrichosis und die Röntgentherapie, von Leredde und R. Martial 558
Bemerkung über die Behandlung der Hypertrichosis, von L. Brocq 615

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Schema systematischer Untersuchung bei Geschlechts- und Harnkranken, von James W. Miller.......... 99
Verstümmelungen infolge Geistesstörungen durch geschlechtliche und onanistische Exzesse, von Charles Hamilton Hughes.......... 100
Motorische Ataxie in Beziehung zu venerischen Exzessen, von L. Harrison Mettler.......... 100
Impotenz als Ergebnis übermäfsigen Liebesgenusses, von Hilary M. Christian 100
Diagnostische Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege, von Fritz König.. 172

Seite

Incontinentia urinae nocturna, von Variot ... 172
Die Tuberkulose der Genitalien, von Legueu ... 172
Die Bedeutung der künstlichen venösen Stauung bei den tuberkulösen und blennorrhoischen Epididymitiden, von E. Rothmann ... 214
Die Beziehung von sexuellen Exzessen zu Nervenleiden, von Alfred Gordon .. 253
Wirkung schlüpfriger Unterhaltungen, unzüchtiger Bücher und Gesellschaften auf die Vornahme sexueller Exzesse, von Albert E. Sterne ... 253
Aktenmäſsige Darstellung eines Falles masochistischer Triebverirrung, von W. Hammer ... 347
Nacktkultur, von H. Pudor ... 347
Tragbares Katheteretui und ein Leistenverband, von James A. Gardner ... 350
Die Reinigungssonde nach Cabane, von Paul Delbet ... 355
Ein neuer Tisch für urologische Untersuchungen, von Duhot ... 355
Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus masculinus bei Geschwistern, von Emil Haim ... 375
Über einige neuere Arzneipräparate in der urologischen Praxis, von T. Tance . 375
Die Lumbalanästhesie bei urologischen Operationen, von v. Engelmann ... 376
Untersuchungen über innere Antisepsis durch Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von Wilhelm Fries ... 376
Das Helmitol in der Urologie, von Frezza ... 376
Über das neue Harndesinficiens Helmitol, von Spindler ... 377
Über Helmitol, von Schwarz ... 377
Über einige neuere Heilmittel, von Bernig ... 377
Über den Wert der verschiedenen Cystoskope, von Octave Pasteau ... 377
Technik der Cystoskopie der Blase, von Wederhake ... 377
Cystoskopie bei Tuberkulose der Harnwege, von Willy Meyer ... 377
Ein neues Urethroskop mit Wasserdehnung, von George Walker ... 427
Ein aseptischer Katheterisator, von H. Markus ... 427
Der Verweilkatheter, seine Anwendung und seine Wirkungsweise, von Julius Vogel ... 427
Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane, von Suter ... 461
Ein neues verbessertes Cystoskop „Pancystoskop", von J. Baer ... 463. 555
Über einen neuen Katheterdampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter, von A. Bloch ... 464
Über Leukoplasie und Malakoplakie, von Englisch ... 464
Vier Fälle von totaler Emaskulation, von Ravasini ... 464
Das Biersche Stauungsverfahren bei einigen urologischen Erkrankungen, von Sellei 464
Masturbation bei Männern und Frauen, von Frederic R. Sturgi ... 504
Beziehung des Geschlechtsverkehrs zur Onanie, von Robert Hurtin Halsey .. 504
Ärztliche Ratschläge für Geschlechtskranke, von Frank S. Crockett ... 504
Über spezielle psychische Suggestion bei Behandlung der Impotenz, von Rothmann 517
Geschlechtskrankheiten und Nervenleiden, von H. Oppenheim ... 552
Technik der Röntgenuntersuchung der Harnwege, von Arcelin ... 553
Sakamotosche Den-on-Kei in urologischer Praxis, von Kinoshita ... 560
Therapeutische Erfahrungen mit „Barta" bei Neurasthenie, Hysterie, Impotenz, von Schütte ... 612
Über gleichgeschlechtliche Frauenliebe mit besonderer Berücksichtigung der Frauenbewegung, von W. Hammer ... 612
Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen, von Barthélemy Guisy ... 618

a) Penis, Urethra und Blase.

Einige Fälle von paraurethraler Eiterung beim Weibe, von Otfried O. Fellner 92
Die hypertrophische und stenosierende Tuberkulose der Urethra beim Weibe, von Henri Hartmann ... 96
Einfetten der Urethra und nicht des Instrumentes bei der Katheterisierung, von Raymond Bonneau ... 96
Maligner Tumor am Blasenscheitel. Spontane Ruptur an dieser Stelle, von Pélicand ... 97
Über den Wert der Dilatation bei den chronischen Urethritiden und über die beste Art ihrer Ausführung mittels des Kollmannschen Spüldilatators, von Donnadieu ... 98
Ein Fall von Priapismus bei lienaler Leukämie, von Max Eisenstaedter ... 172

Seite

Ein verbessertes Cystoskop, von Ernst R. W. Frank 172
Über angeborene Strikturen der Harnröhre, von C. Posner 172
Indikationen und Technik der Meatotomie, von Raymond Bonneau 173
In die Harnröhre eingeführte Fremdkörper, von Otto Grosse 173
Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie, von L. Burkhardt und C. Polano 173
Ulcus simplex der Blase, von George Walker 174
Erfolgreiche Entfernung eines grofsen Blasensteins (ca. 525 g) durch hohen Steinschnitt, von H. Littlewood 174
Über den Wurmfortsatz und die Harnblase als Bruchinhalt, von Paul Clairmont 174
Die Carcinome der Harnblase, von Guyon 174
Fester Nahtverschlufs der Harnblase durch Ablösung und Vorstülpung der Schleimhaut, von Paul Delbet 209
Über zwei Fälle von Blasensteinen, geheilt durch Lithothripsie, von Tanaka... 213
Pathologie, Symptome und Diagnose der Urethralstriktur, von Charles S. Stern 253
Paraphimose, von Harry Movell 253
Über die angeborenen Mifsbildungen der Harnblase und ihre Behandlung, von Paul Delbet 255
Wirkung neuer Lichtstrahlen auf Cystitis und tiefgehende urethrale Entzündung, von Corydon Eugene Rogers 349
Postoperative Cystitis, von Emory Lanphear 349
Cystotomia suprapubica bei einer Frau wegen Carcinom der Urethra, von Howard Crutcher 350
Blasenstein bei einem vierjährigen Knaben, von A. Broca 353
Über die Harnröhrenstrikturen und ihre Behandlung, von Louis Batut 353
Über einen Fall von Leukoplakie der Harnblase, von J. Albarran 353
Physiologische Technik der Harnröhrenspülungen mittels Katheters, von Duchastelet 354
Wegen Krebs Penis amputiert, von Morestin 426
Eine Bandage zur Fixierung von Verbandstoffen am Penis, von Ph. F. Becker 428
Die Phimose — eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben, von Witzenhausen 428
Die Phimose, von Kirmisson 428
Über eine neue plastische Operation der Phimose, von St. Jobiášek 428
Neue Phimosisklammer, von A. H. Borey 429
Über Gangrän des Skrotums, von Kettner 429
Ein Fall von Skrotumcalculi, von Henry Benjamin Oertel 429
Eigenschaften und Ziele einer neuen Methode der Harnröhrenbesichtigung, von Hans Goldschmidt 429
Neues Prinzip bei der Irrigation der Urethra mittels Instrument, von J. H. Bacon 430
Moderne Chirurgie der Blasengeschwülste, von G. Kolischer und L. E. Schmidt 430
Traumatische, intraperitoneale Ruptur der Blase (Laparotomie), Heilung, von W. Berblinger 430
Über die Resultate der Blasensteinbehandlung, von Karl Spannaus 430
Über einen Wachsklumpen in der Blase. Entfernung desselben mittels Auflösung mittels Benzininjektion, von H. Lohnstein 430
Ein Fall von letaler Peritonitis im Anschlufs an Cystitis hervorgerufen durch ein Papilloma vesicae, von Franz Gleuwitz 431
Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Cystitis und Pyelitis im Kindesalter, von L. Langstein 431
Beitrag zum Studium der Colibacillus-Cystitis im Kindesalter, von Valagusta.. 431
Untersuchungen über den Wert des Helmitols bei Cystitis, von Géza Kelemen 431
Über die Behandlung der Cystitis mit Helmitol, von T. Tanaka 431
Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase, von Stoerk und Zuckerkandl 462
Über das primäre Carcinom der Urethra des Mannes, von Preiswerk 462
Plaqueförmige tuberkulöse Cystitis unter dem Bilde der Malakoplakie vesicae, von Wildbolz 462
Über Spülcystoskope, von Schlagintweit 463
Erwiderung zu den Bemerkungen Schlagintweits, von Ringleb 463
Beiträge zur Lehre von der epidermoidalen Umwandlung des Harnblasenepithels. Über Glykogenablagerung im Epithel der Harnblase und ihre klinische Bedeutung, von Ikeda 463

Seite

Über die Endoskopie der Blase (direkte Cystoskopie), von N. Meyer 465
Zwei Fälle von Perforation der Harnblase, einer infolge einer Coxitis, einer infolge einer tuberkulösen Cystitis, von E. Pillet 554
Über einen Fall von Angiosarkom der Harnblase, von Jungano 556
Über einen Fall von eingeklemmtem Blasenstein. Operation. Heilung, von Giuseppe Ferrero 556
Über operative Behandlung der Blasengeschwülste, von S. Akutsu 560
Krankenvorstellung von Peniscarcinom, von Yamashita 560
Perplex-Harnröhrenspritze, von G. Merzbach und Bernstein 612
Erfolge der raschen elektrolytischen Dilatation bei den Harnröhrenverengerungen, von H. Minet 617

b) Hoden und Samenblasen.

Behandlung der Retentio testis, von Paul Coudray 98
Behandlung der Varicocele mit Injektion von Essigsäure, von Samuel E. Mc. Cully 99
Hydrocele mit Varicocele, geheilt durch Volkmanns Radikalinzision, von Charles M. Smith 100
Die sexuelle Enthaltsamkeit im Lichte der Medizin, von Ludwig Jacobsohn 175
Maligne Hodengeschwulst, von J. B. Cutter 175
Über zwei Fälle von Sarkom des ektopischen Hodens, von Cocuzza 175
Ein Fall von Stieltorsion eines sarkomatös degenerierten Bauchhodens, von Julius Boese 175
Beseitigung der Hydrocele durch Lagerung des Hodens aufserhalb der Serosa, nach Inzision, Umkehrung und Naht der Vaginalis, von L. Genouville und M. Péraire 209
Konservative Behandlung der Hodentuberkulose, von H. Loze und J. Privat .. 218
Über Pathogenese und Ätiologie der Orchitis fibrosa, von Eugen Fraenkel ... 218
Die Eversion der Hodenvaginalis, von Jungano 219
Die Wirkung der Toxine der Tuberkelbazillen auf das Parenchym des Hodens, von Vincenzo Marcozzi 352
Über die sexuelle Enthaltsamkeit, von O. Schreiber 431
Zur Behandlung der nervösen Impotenz, von C. Posner 431
Die Behandlung der Impotenz, von P. Fürbringer 432
Versuch einer Selbstkastration, von J. M. Wolfe 432
Über die Spätresultate der Behandlung der Hodentuberkulose mittels Kastration, von Michel Ilieff 432
Maligner Hodentumor, von David B. Walmsley 432
Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen, von A. Bittorf 433
Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen, von Ernst R. W. Frank 433
Phlegmone des Samenstranges, von F. C. Madden 433
Über Meningokokken-Spermatocystitis, von L. Pick 434
Akute Spermatocystitis, von A. Nelken 434
Zwei Fälle von Neubildungen des Hodens, von Genouville und Fenestre ... 555
Angiokeratom an der Skrotalhaut, von Toyama 560

c) Prostata.

Cylinder im Prostatasekret, von Berthold Goldberg 33
Die perineale Prostatektomie und die transvesikale Prostatektomie nach Freyer: vergleichende Studie, von Albert Castano 97
Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? von Goldberg 220
Einige Bemerkungen über Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood .. 220
Prostatektomie in zwei Zeiten: eine konservative Operation mit ganz geringer Gefahr, von Charles H. Chetwood 220
Konservative Prostatektomie, von Andrew J. Crowell 253
Das Prostatasarkom, von R. Proust und E. Vian 256
Zur Wärmebehandlung der Prostatitis, von W. Chrzelitzer 348
Technik der Diagnose entzündlicher Zustände der Prostata und Samenbläschen, von G. Sherman Peterkin 349

Seite
Diagnose der Prostataerkrankungen, von Edgar G. Ballenger............... 434
Über Helmitol, von Halbhuber.. 434
Über eine neue Form von sexueller Neurose, die Prostatorrhoea vesicalis, von Campani.. 434
Die Behandlung der Prostatahyperämie mittels elektrischer Methoden, von J. S. Bolton.. 434
Über Prostataabscesse, von Heinrich Krömker........ 435
Die Tuberkulose der Prostata, von Albarran............................ 435
Zur Behandlung der Urinretention bei Prostatahypertrophie durch suprapubische Fistel plus Cystopexie, von Richard Mühsam......................... 435
Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit parenchymatösen Jodinjektionen, von Paul Schaffroth................................. 436
Zur Kasuistik der Radikaloperation der Prostatahypertrophie, von Heinrich Kock.. 437
Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica, von C. Posner 438
Zur Cytologie des Prostatasekrets mit besonderer Berücksichtigung der Phagokaryose, von Sellei.. 463
Über die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie und ihre Technik, von Fedor Haenisch... 470
Ist die Behandlung der Cystitiden der Prostatiker mittels der Einführung von Kathetern richtig und ausreichend? von Paul Delbet.................. 556
Über Resektion des Samenstranges wegen Prostatahypertrophie, von Tanaka 560
Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen, von George Fleig 619

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Hufeisennieren, von Byron Robinson..................................... 99
Über die Freilegung der Niere vom Abdomen aus, von Harry Germain...... 99
Katarrhalische Urethritis des Weibes, von J. D. Dunlop..................... 100
Extraktion einer 8½ Zoll langen Nadel aus der Urethra, von Azarialh W. Parsons.. 100
Studie über einige Fragen bezüglich der Harnstörungen bei Retroversion des graviden Uterus, von Trillat.................................. 209
Über die Nierenfunktion der Filiariasis, von Tanaka......................... 213
Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankungen der Harnwege praktische Bedeutung? von Berthold Goldberg.. 221, 471
Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment, von Richartz................. 221
Eine Studie über die Fäden im Urin und deren Beziehung zu Diagnose und Prognose, von De Santos Saxe..................................... 221
Allgemeininfektion mit dem Bacillus coli, rasch zum Tode führende Septikämie und Hämoglobinämie, von A. D. Blackader und B. D. Gillies......... 222
Zur Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie........................ 222
Albuminuria digestiva und fremde Eiweifsstoffe, von R. Romme............. 222
Versuche mit dem Lohnsteinschen Präzisionsgärungssaccharometer, von Otto Schumm.. 223
Der Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn, von H. Boruttau 223
Tuberkulöse Nephritis, von Perry Bromberg.............................. 254
Die Pathogenese der Hydronephrosen, von Albarran...................... 256
Die Pathogenese der Hydronephrosen: die erworbenen Hydronephrosen, von Albarran.. 352
Ein Fall von polycystischer Erkrankung der Nieren, von J. M. Bartrina und J. Pascual.. 353
Prostatektomie, ausgeführt bei drei Kranken mit akuter Infektion und Insuffizienz der Nieren, von Barthélemy Guisy............................ 353
Ein neues Uretercystoskop, von H. Wossidlo.............................. 462
Über einige Fälle aus dem Gebiete der Nierenchirurgie, von C. Bruni 463
Nierenoperationen an Patienten mit einer einzigen Niere, von Nicolich....... 463
Beitrag zur Frage der essentiellen Nierenblutung, von Kretschmer.......... 464
Die Hypernephrome der Niere, nebst Beiträgen zur Kasuistik, von Grosheintz 464
Untersuchungen über die renale Elimination bei Tag und bei Nacht, von L. Faugeron.. 471
Über die Ausscheidung von Farbstoffen durch die Niere, von Anna Königsberg 471

Seite

Helmitol bei Nephritis, von Grofs 471
Ein Fall von Hydronephrose mit einem den Ausflufs des Urins verhindernden Septum der Urethra, von G. S. Thompson 471
Zur Lehre von der Hydronephrose im Kindesalter, von Ernst Luckow 471
Ein Fall von Pyelocystitis, behandelt mit Helmitol, von Benjamin Romo 471
Helmitol bei Pyelonephritis, von Rappauer 472
Das Helmitol, von Planques 472
Über Dialyseversuche mit dem Helmitol, von Comosci 472
Über die Wirkung des Theocins bei Nierenkrankheiten, von Pavinski und Korzon 472
Der Nachweis von Aceton im Urin, von P. J. Cammidge 472
Über die Reaktionen auf Aceton im Urin, von B. J. F. Jackson Taylor 472
Die Albumosurie im Fieber, von Rudolf Dietschy 472
Albuminurie und Hyperoxalurie, von Bergouignan 473
Die Albuminurie, von P. L. Plumier 473
Die Esbachsche Eiweifsprobe, durch Kreatinin gestört, von W. J. Calvert 473
Ein Beitrag zur Kenntnis des Indols und Phenols im Harn von Kranken, von Lydia Boltine 473
Die Behandlung einseitiger renaler Hämaturie durch Injektion von Adrenalin mittels Ureterenkatheters, von Hugh H. Young 473
Phagocytose von Erythrocyten und die Frage der Opsonine bei paroxysmaler Hämoglobinurie, von J. Eason 473
Pathogenese des hämoglobinurischen Fiebers, von William H. Deaderick 474
Ein neues Saccharimeter, von L. E. Walbum 474
Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung, von Karl Grube 474
Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung, von H. Engel 474
Über den Nachweis von Zucker im Urin vermittels der Hainesschen Lösung, von Richard Schwarz 475
Über den Nachweis der Pentosen im Harn, von A. Jolles 475
Pentose im Harn und Nachweis derselben, von Ernst Kraft 475
Phloridzin-Glykosurie als Beweis der Nierenfunktion, von M. Krotosszyner 504
Hämaturie, von L. W. Bremerman 504
Spastische, hysterische Urinretention, von Paul Laroque 504
Über die Viskosität des Harns, von Tanaka 560

e) Labien, Vagina usw.

Epitheliom der Clitoris, von F. H. Neuhaus 475
Zur Diagnose und Behandlung der Urethritis beim Weibe, von Otfried O. Fellner 475
Zur Kasuistik der Vulvasarkome, von Josef Weil 476
Deformitäten der Vulva durch induriendes Odem, von Robert W. Taylor 476

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie, von Duhot 98
Lokale Anwendung von Solutio magnesii sulfurici in der Behandlung blennorrhoischer Epididymitis, von Alexander A. Uhle 99
Blennorrhoische Urethritis beim Weibe, von Gustav Kolischer 99
Blennorrhoe in Beziehung zu Wochenbetterkrankungen, von Daniel Longaker 99
Zur Frage der Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Spermatocystitis, von Tschumakow 100
Die Humoralpathologie in der Beleuchtung der neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und die Lehre vom Tripper, von Rothmann ... 158
Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior, von C. Schindler 195
Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Blennorrhoe beim Manne, von Emil Tauffer 197
Über Inkubationsdauer des Trippers bei Japanern, von Tanaka 212
Über Albargin-Glycerin-Suppositorien bei Blennorrhoe, von Dohi 213

Seite
Blennorrhoe des Kindes, von J. W. Ingram ... 223
Über die Morphologie, das Vorkommen und die Bedeutung der Lymphocyten und uninukleären Leukocyten im blennorrhoischen Urethralsekret nebst Bemerkungen über die sogenannten Kugelkerne, von J. Neuberger ... 223
Die Behandlung der blennorrhoischen „Posteriocystitis" seitens des praktischen Arztes, von Kromayer ... 224
Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen, von Seefelder ... 224
Die chronische Urethritis und ihre Behandlung, von G. Nobl ... 225
Bemerkungen zur balneologischen Behandlung der blennorrhoischen Späterkrankungen, von Jos. Siebelt ... 225
Zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Auges, von Bruno Sylla 225
Über die Wirkung einiger Medikamente bei einem Fall von blennorrhoischer Ophthalmie, von W. N. Heard ... 225
Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe, von E. Saalfeld ... 226
Untersuchungen über den Heilwert des Gonosans bei der Behandlung der Blennorrhoe, von M. Nigoul ... 226
Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl, von F. Yùdice ... 250. 305
Talalgia et Plantalgia blennorrhoica, von Kljärfeld ... 257
Die Anwendung von Jod bei Harn- und Geschlechtskrankheiten, von Charles S. Hirsch ... 349
Behandlung der Blennorrhoea posterior chronica, von George M. Livermore. 350
Zur Frage der abortiven Behandlung des akuten Trippers, von Miropolski ... 427
Über eine neue Methode der abortiven Tripperbehandlung, von Weinberg ... 427
Gonosan in der Behandlung Tripperkranker, von C. de Vries ... 461
Urethroskopische Beiträge zur Diagnose, Therapie und Prognose des Trippers und seiner Folgen, von Paul Asch ... 462
Über die Komplikationen der Blennorrhoe, von J. Jadassohn ... 476
Gonokokkeninfektion als Ursache von Blindheit, Vulvovaginitis und Arthritis, von J. Clifton Edgar ... 476
Die chronische Blennorrhoe des Mannes, von R. Picker ... 476
Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Pyelitis, von J. Sellei und H. Unterberg ... 477
Die blennorrhoische Hyperkeratose, von Chauffard ... 477
Blennorrhoische Prostatitis, von J. Bayard Clark ... 477
Über die blennorrhoischen Erkrankungen der Prostata, von W. Schiele ... 477
Blennorrhoische Epididymitis; eine Studie von 264 Fällen, von Alexander A. Uhle und William H. Mackinney ... 477
Über Conjunctivitis, Iridocyklitis und andere Augenaffektionen als Teilerscheinungen eines „Gonorrhoismus", von K. Ullmann ... 478
Conjunctivitis blennorrhoica bei Erwachsenen und Kindern, von T. B. Holloway 478
Metastatische Conjunctivitis bei Blennorrhoe, von James J. Carroll ... 478
Über örtliche und innerliche Behandlung der Blennorrhoe, von A. Neisser ... 478
Ein Fortschritt in der internen Therapie der Blennorrhoe, von Ardachès Chakarian ... 479
Über den Wert des Gonosans in der Blennorrhoetherapie, von Frank German 479
Das Helmitol bei der Blennorrhagie, von Franceschini ... 479
Zur Verhütung der Blennorrhoe, von Ludwig Spitzer ... 479
Rapide Behandlung der beginnenden Urethritis blennorrhoica, von Panichi ... 479
Die lokale Behandlung der Blennorrhoe mit Irrigationen, von I. S. Purdy ... 480
Trockenbehandlung der Blennorrhoe, von W. Zeuner ... 480
Phlyktaenuläres Exanthem bei Blennorhoe, von Hoffmann ... 545
Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Wilh. Erb ... 552
Blennorrhoischer Nierenabsceſs, von Tédenat ... 554
Spontane Heilung der Blennorrhoe im Verlaufe einer akut fieberhaften Erkrankung, von Paul Noguès ... 554
Über Tripperbehandlung und einige modifizierte Heilungsmethoden, von L. Rapiport ... 612
Über Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Roman Leszczynski ... 625

Seite

Verschiedenes.

Vorläufige Mitteilung über die Bedeutung des Schabens mit einer Curette für die Diagnose der Hautkrankheiten, von L. Brocq 33
Die Herstellung und Bedeutung der Moulagen (farbige Wachsabdrücke), von G. Th. Photinos 92
Gruppiertes papulöses Exanthem, von Heller 146
Besuch des Hörsaales der Klinik Finger 153
Die Urologie, ein selbständiger Teil der medizinischen Wissenschaft, von H. Brongersma 175
Über die von Hunter verfolgten Lebensziele und die Art, wie er sie erstrebte, von H. T. Butlin 175
Eine Zählung unter den Moskauer Studenten, von Tschlenow 176
Über eine neue knötchenförmige Hauteruption, Lichen nitidus, von Felix Pinkus 194
Farbe und Krankheit. Ein Beitrag zur Kunst der Hautdiagnose, von Leslie Roberts 203
Über eine unbekannte Hautkrankheit, von Tanaka 212
Über die Osmidrosis in Japan, von Ohno 213
Programm der 79. Naturforscher-Versammlung zu Dresden, 15. bis 21. Sept. 1907. Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie 274
Welches sind die Behandlungsmöglichkeiten für Geschlechtskranke in den Polikliniken und Spitälern New Yorks? von A. D. Mewborn 276
Untersuchung über die Wirkung der Kromayer-Lampe und der Finsen-Reyn-Lampe auf Chlorsilberpapier, von E. S. Johansen 328
Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer 347. 348. 349. 460
Die sexuelle Ethik, von F. Schacht 348
Die Schwierigkeit der Erziehung der älteren weiblichen Fürsorgezöglinge, insbesondere an Prostituierten, von Ph. Blochwitz 349
Demonstration je eines Falles von Rankenneurom, kavernösem Angiom der unteren Extremität und Elephantiasis der Hand, von H. Legal 378
Die Stellung der Dermatologie in der Medizin, von v. Niessen 378
Diagnose der Hauteffloreszenzen durch methodisches Abschaben, von Jourdanet 438
Über Oxyuriasis cutanea, von Carlo Vignolo-Lutati 506
Karl Szadek, von Mieczyslaw Warynski 513
Beitrag zur Frage der Prostitution im Königreich Polen, von Ludwika Moriconi 515
Zur Klinik und Ätiologie der nekrotisierenden Stomatitisformen, von G. Scherber 527
Über eine Gefahr des Benzins zu Reinigungszwecken bei der Hautdesinfektion, von E. Senger 527
Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd, von Walter Neumann 527
Zu dem Schrifttume über den Condom, von C. E. Helbig 528
Nachruf für Adrien Doyon, von Besnier und Thibierge 553
Dermatologischer und syphilidologischer Unterricht für den praktischen Arzt und den Spezialisten, von E. Bodin 559
Die Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich Japanischen Universität zu Tokio 1903, von S. Nishikawa und Y. Saito 560
Narbenlose Operationen zur Verbesserung mifsgestalteter Nasen, von Fritz Koch 580
Die Hauptkliniken und Hospitäler für Dermatologie im westlichen Europa im Sommer 1907, von Metscherski und Bogrow 580
Dermatologie und ihre Beziehungen zur allgemeinen Medizin, von O. Lassar .. 614
Vorlesungen über Pest, von W. J. R. Simpson 632
Berichtigung 226. 632

Sachverzeichnis 633
Namenverzeichnis 653

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmentes, von W. Hellmich.
Tafel I 134
Tafel IV 184
Beitrag zur Kenntnis des Lupus pernio, von Bruno Bloch. Tafel II u. III... 177

Seite

Alkohol 563
Alypin 564
Anthrasol....... 564
Argentum colloidale 564
Arhovin 564
Aristol 564
Aspirin....... 564
Borovertin....... 564
Cerolin....... 565
Enesol 565
Gonosan....... 565
Helmitol 565
Hetralin....... 565
Hydrargyrum bijodatum 566
Hydrargyrum oxycyanatum 566
Ichthyol....... 566
Jodum 566
Jothion 567
Lenicet....... 567
Mergal....... 567
Merkuriol 567
Methylenblau medicinale 567
Novocain 567
Pittylen 568
Sajodin 568
Yohimbin 568

Das Licht als Heilmittel, von E. Lesser 568
Gegenwärtiger Stand der Phototherapie, von Jay Frank Schamberg....... 568
Technik der Röntgenbestrahlung in der Dermatologie, von Mihran K. Kassabian 568
Zur Therapie der Hautkrankheiten intestinalen Ursprungs, von S. Ehrmann... 568
Eine einfache Behandlungsmethode gewisser Dermatosen und Deformationen des Gesichtes, von L. Jacquet 569
Die Anwendungsgebiete der Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von Russel H. Poggs....... 569
Über die Biersche Hyperämiebehandlung, von Carl Schlatter....... 569
Atoxyl bei Spirochätenerkrankungen, von R. Romme....... 569
Atoxyl bei Syphilis und Framboesia, von A. Neisser....... 569
Flüssige Luft in der Dermatologie, ihre Anzeigen und Beschränkungen, von Henry H. Whitehouse....... 570
Die Spaltung einiger unlöslicher Jodverbindungen im tierischen Organismus, von Hans Hemmerling 570
Über das Jothion, von Erich Richter....... 570
Über das Jodpräparat Sajodin, von Fr. Junker....... 571
Notiz über das Sajodin, von O. Eschbaum....... 571
Opsonintherapie bei Hautkrankheiten, von H. R. Varney 571
Über Protargolsalbe, von Müller 571
Über Protargol und seine Lösungen, von A. Brüning....... 571
Eine neue Anwendungsform der Tonerde, von Edmund Saalfeld....... 571
Über die toxische Wirkung des Chrysarobins auf die Nieren und seine Ausscheidung, von Max Winkler 572
Erfahrungen mit Levurinose, von A. Weiss 572
Obturatore, von Isaew....... 611
Obturator, von Glowsejew....... 611
Diagnostische Bedeutung des Tuberkulin-Test, von Pospelow....... 611
Über die Unverträglichkeit des Quecksilberoxycyanids mit Jodkalium, von André 619
Neue Vehikel für Quecksilberprodukte, von Roman Leszczynski....... 621
Aus eigenen Beobachtungen im Bereiche a) der Röntgen-, b) der Radium- und c) der Phototherapie, von A. Kozevski und S. Górkiewicz 622

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Seite

Bromexanthem, von Nobl ... 151
Über einen Fall von akutem, circumskriptem angioneurotischem Ödem, von G. Zuelcher ... 200
Krankenvorstellung von Bromexanthem, von Saïto ... 213
Pellagra, von Brault ... 246
Oedema durum traumaticum, von T. Ramm ... 270
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Tetanusbazillen und ihrer Gifte vom Magendarmtraktus aus, von Marcus Rabinowitsch ... 271
Über die im Gefolge der akuten Cerebrospinalmeningitis auftretenden Erytheme, von Beatrice Herschmann ... 271
Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach, von G. Gabritschewsky ... 271
Ein durch Chloreton bedingter Hautausschlag, von Rolleston ... 271
Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati), von Tomimatsu Schidachi ... 272
Ein Fall von Arzneiexanthem mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen, von Adalbert Gregor ... 272
Weitere experimentelle Untersuchungen über die Pellagra, von Guido Tizzoni und Luigi Panichi ... 272
Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautveränderung, von Ludwig Török ... 558
Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautentzündung. Antwort auf die Ausführungen L. Töröks, von K. Kreibich . 559
Urticaria perstans, von Inouye ... 560
Ein Fall von Oedema cutis factitium, von H. Vörner ... 572
Quinckes Ödem und seine Analogie mit der Urticaria, von Donegana ... 573
Angioneurotisches Ödem, von Starling ... 573
Raynaudsche Krankheit, von John V. Shoemaker ... 573
Veronal-Dermatitis, von L. Duncan Bulkley ... 573
Veronal-Dermatitis, von William House ... 574
Veronal und Proponal, von Horst Strassner ... 574
Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum, von A. Nobbs ... 574
Eine Epidemie von akuter Pellagra, von George H. Searcy ... 574
Über Lokalisation und Natur der pellagrösen Hautsymptome, von Pius Deiaco 574
Die Atoxylbehandlung der Pellagra, von V. Babes und A. Vasilin ... 574
Thyreoid-Extrakt bei Henochs Purpura, von J. Wirt Robinson ... 575
Bemerkungen zur Antwort Kreibichs auf meine Arbeit: Die Lehre von der hämatogenen Hautentzündung und die Angioneurosen, von L. Török ... 616

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Blasenförmige Eruptionen, von Seegall ... 146
Blaseneruption, von Heller ... 146
Einige Bemerkungen über Urticaria arteficialis, von Rudolf Winternitz ... 198
Nigrities linguae als Folge des Gebrauchs von Wasserstoffsuperoxyd, von L. Bizard ... 245. 467
Zur Behandlung der Erfrierung mit künstlicher Hyperämie, von Carl Mirtl ... 272
Ein Fall von Tetanie bei Verbrennung, von J. Etter ... 273
Über Ätiologie und Prophylaxe der Chlorakne, von Friedrich Holtzmann .. 273
Desquamatio aestivalis, von Pollitzer ... 302
Dermatitis infolge von Rhus toxicodendron, von John J. Conner ... 350
Zum Kapitel Röntgenschäden und deren Behandlung, von Richard Volk ... 506
Ein Instrument zur partiellen Exzision des eingewachsenen Nagels, von C. Ettameier ... 575
Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung, von H. Netter ... 576
Über einen Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol“, von M. Joseph ... 576
Vergiftung durch Primula obconica, von E. A. Sweet ... 576

II. Neurotische.

Seite

Lichen simplex chronicus, von Ehrmann ... 147
Prurigo ferox, von Scherber ... 149
Herpes facialis, von Spiegler ... 151
Hydroa vacciniformis (Bazin), von Max Wolters ... 154
Beitrag zur Lehre von der Hydroa aestivalis, von Scholtz ... 196
Kasuistischer Beitrag zum Herpes recidivans chronicus in loco, von Friedrich Westberg ... 198
Dermatitis herpetiformis im Kindesalter; Bericht über einen Fall bei einem sechsjährigen Kinde, von Frank Crozer Knowles ... 208
Ein Fall von Herpes zoster bullosus et haemorrhagicus, von H. Yamada ... 212
Über die Behandlung von Prurigo, von Saïto ... 213
Herpesartige Ausschlagform, von Danlos ... 244
Über einen Fall von Erythema annulare recidivans, von Carl Bohac ... 249
Über Sensibilitätsstörungen bei und nach Herpes zoster, von Karl Petrén und G. Bergmark ... 274
Herpes iris circinatus, von Grünfeld ... 302
Ein Fall multipler neurotischer Hautgangrän in ihrer Beziehung zur Hypnose, von Ludwig Szöllösy ... 312
Duhringsche Dermatitis, von Metscherski ... 503
Über vasomotorische Reflexneurosen und verwandte Krankheitsbilder, von Rudolf Polland ... 547
Beitrag zum Studium des Herpes zoster und Beschreibung einer in Breslau beobachteten Zosterepidemie, von Otto Sachs ... 559
Röntgenbehandlung bei Lichen simplex und Lichen planus, von Leredde und R. Martial ... 559
Über Herpes bei Meningitis cerebrospinalis epidemica, von Hugo Einhorn ... 576
Die Behandlung des Fothergillschen Gesichtsschmerzes, der Ischias und der Neuralgien bei Herpes zoster, von Robin ... 576
Erythromelalgie, von Irving Wilson Voorhees ... 577
Eine ungewöhnliche kongenitale Affektion der Haut, von Philipp G. Borrowman ... 577

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Generalisierte Vaccine, von E. Lesser ... 32
Über Schweifsfriesel vom anatomischen, ätiologischen und epidemiologischen Standpunkte, von A. Weichselbaum ... 34
Über Miliaria epidemica, von W. Scholz ... 35
Die frühzeitige Diagnose der akuten Infektionskrankheiten, von Vipond ... 35
Die Differentialdiagnose der akuten Exantheme, von Dillingham ... 36
Der Typhus exanthematicus beim Erwachsenen und Exantheme beim Typhuskranken, von Ch. Lessieur ... 36
Die sanitätspolizeilichen Ermittelungen bei Scharlach auf Grund praktischer Erfahrungen in dieser Hinsicht, von Arbeit ... 36
Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904, von Erich Goetze ... 36
Eine Scharlachepidemie in Lysiec (Galizien) im Jahre 1905, von Jacob Bronislaus Sokal ... 37
Ist Scharlach eine Streptokokkenkrankheit? von Ludwig Hektoen ... 37
Langes Fortbestehen der Infektiosität bei gewissen Fällen von Scharlach, von H. P. Berry ... 38
Die Kontagiosität der Scarlatina und ihre Prophylaxe, von Boisson ... 38
Die Frühdiagnose und der erste Verlauf des Scharlachs, von William S. Somerset ... 38
Über Jodophilie bei Scarlatina, von W. Neutra ... 39
Über das Vorhandensein von gewissen Körperchen in der Haut und in Bläschenflüssigkeit bei Scharlach und Masern, von C. W. Field ... 39

Seite
Körpergewichte und Milchdiät bei scharlachkranken Kindern, von H. Risel.... 40
Divers Lähmung mit Scharlach verbunden? von Richard Ellis.............. 40
Über die Funktionsstörungen des Herzens bei Scharlach (Behandlung mit Serum), von J. W. Troitzky.. 40
Scharlach und Puerperium, von P. S. Harris................................ 40
Das Scharlachexanthem nebst einigen Nachahmungen desselben und die klinische Bedeutung der Hauthämorrhagien bei Diphtherie, von J. MacCombie.... 40
Über komplizierende hämorrhagische Diathesen bei Scharlach nebst einigen Bemerkungen zur Gelatinetherapie, von H. Klose.......................... 41
Die Prophylaxe der Scharlach-Nephritis; Betrachtungen über 300 Fälle von Scharlach, behandelt mit Urotropin, Hexamethylentetramin und Metramin, von Herbert P. Thompson.................................... 41
Beitrag zum Coma uraemicum bei Scharlach-Nephritis, von Vovetzsch....... 42
Höchstgradiger septiko-pyämischer Scharlach, von A. Posselt................ 42
Zur Therapie des Scharlach, speziell der septischen Formen, von Alfons Kramer 42
Scharlach und dessen Behandlung am Isolierspital für Scharlach und Diphtherie, von Edw. Leland Kellogg.. 43
Beobachtungen über die Wirkung der Scharlachstreptokokkenvaccine, von N. Langowoy.. 43
Ein Fall von Masernübertragung durch eine gesunde Mittelsperson auf weite Entfernung, von F. Siegert.. 44
Die frühzeitige Diagnose der Masern, von Brelet........................... 44
Masern ohne Exanthem, von L. Merk.. 45
Masernrezidive, von Maurice Chardin.. 45
Die Rezidive bei Masern, von E. Weil und L. Dauvergne.................... 45
Über Masernosteomyelitis im Röntgenbild, von Riedinger.................... 45
Der Wert des Boxensystems für die Anstaltsbehandlung der Masern, von S. Meisels.. 45
Das Verhältnis der Leukocyten bei Morbilli und Rubeola, von Lagriffoul.... 46
Die „vierte Krankheit", von Hilsum.. 46
Variola in Algier, von Crespin.. 46
Über Pocken in Ostasien, von Münster...................................... 47
Pocken, von A. Wassermann.. 47
Die Parasiten der Pocken, Kuhpocken und Varicella, von W. E. de Korté.... 47
Zwei atypische Pockenfälle, von Samuel E. Earp............................ 48
Betrachtungen über die Bekämpfung der Variola in Marseille 1880—1906, von Odilon Platon.. 48
Über die im Wenzel-Hanckeschen Krankenhause behandelten Variolafälle, von Drewitz.. 48
Empfehlung der Schutzpockenimpfung durch einen Arzt im Jahre 1762, von Gätzen.. 48
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1905, von L. Stumpf.. 48
Über das Schutzvermögen der subcutanen Vaccineinsertion, von G. Nobl...... 49
Dermatologische Beiträge: Revaccinationserscheinungen nach Fieberattacken, von P. Näcke.. 51
Subcutane Vaccineinjektionen am Menschen, von Wilhelm Knoepfelmacher 51
Was wissen wir über den Vaccineerreger? von E. Paschen................... 52
Was wissen wir über den Vaccineerreger? Kurze Bemerkungen zu dem Aufsatz Paschens, von J. Siegel.. 52
Antwort auf Siegels Bemerkungen, von Paschen.............................. 52
Was wissen wir über den Vaccineerreger? Berichtigungen zu den Bemerkungen Siegels, von Mühlens und Hartmann............................ 52
Beitrag zur Kenntnis der Filtrierbarkeit des Vaccinevirus, von A. Carini...... 53
Die Züchtung der Tierlymphe, von Paul Schenk.............................. 54
Die Züchtung von Tierlymphe, von Stumpf.................................... 54
Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen, von Diesing...................... 54
Zum Thema der vermeidbaren Impfschäden, von Georgii....................... 55
Einige Beobachtungen über Störungen, welche bei gewissen Kranken durch den Impfprozefs bedingt wurden, von A. Fage.............................. 55
Vaccine und Ekzem, von Groth.. 55
Ein Fall von lokalisierter Generalvaccine, von Karl Hochsinger............ 56
Vaccineerkrankung des Lidrandes, von zur Nedden........................... 56

Seite
Zur Frage der Vaccina generalisata, von Stein ... 196
Variola und Variolois, von J. L. Wolfe ... 254
Ein Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Leukocytosen, von Flourens ... 313
Blutdruckmessungen mit dem Gaertnerschen Tonometer bei Kindern im Verlauf von Scharlach, von Elisabeth Manhold ... 313
Beiträge zur Kenntnis des Blutdruckes bei Krankheitszuständen, von Wladimir Belanine ... 313
Die Therapie des Scharlachs, von B. Schick ... 313
Helmitol bei Nephritis, von Miserochi ... 313
Therapeutische Notizen über einige neuere Heilmittel, von A. Rahn ... 313
Vorläufige Mitteilung über den Spirochätenbefund bei Variola vera, von K. Sakurane ... 313
Die Komplikationen an den Augen bei Variola, von Trousseau ... 314
Variola und Variolois? von Cöster ... 315
Ein Instrumentarium für den öffentlichen Impfarzt, von Alfred Groth ... 315
Über die Blutplättchen bei akuten Infektionskrankheiten, von N. Tschistowitsch 577
Der opsonische Index bei gewissen akuten Infektionskrankheiten, von Ludwig Hektoen ... 578
Blutsverwandtschaft: ein Faktor der Immunität gegen Scharlach, von Jullian Walter Brandeis ... 578
Milch als Infektionsträger, von Charles Harrington ... 578
Ein Fall von Scharlach mit Komplikationen, von H. B. Roberts ... 579
Das Scharlachherz (Myocarditis scarlatinosa), von Dionys Pospischill ... 579
Phenol monochloratum gegen Scharlach, von Langfeldt ... 579
Die städtische Überwachung der Masern, von John Zahorsky ... 579
Über die Anwesenheit eines hämophilen Bacillus im Blut Masernkranker, von C. Giarrè und Carlini ... 580
Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufende Streptokokkenconjunctivitis nach Masern, von Gerh. Schumacher ... 626
Masern und Appendicitis, von Adolf Bickel ... 627
Über gleichzeitige Erkrankungen an Morbillen, Pertussis und Varicellen und den gegenseitigen Einfluſs aufeinander, von Wilhelm Meitner ... 627
Ein Fall von konfluierenden hämorrhagischen Varicellen, von C. G. Porter ... 627
Die Variola im alten Testament und im Ebersschen Papyros, von E. Ebbell ... 627
Die Wiener Blatternepidemie, von X. ... 627
Über die hämoneutrophile Formel bei der Variola, von Cabral de Mello ... 627
Variola und Variolois, von Theodore C. Merrill ... 628
Übertragung von Blattern vom Impflinge auf die Mutter, von Pilf ... 628
Untersuchungen über das Antistaphylolysin des Serums bei der Variola und den Varicellen, von Béttancourt ... 628
Ist die Methode der Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für Hundswut und Vaccine brauchbar? von O. Keller und E. Tomarkin ... 628
Über Vaccina generalisata, von Felix Danziger ... 628
Subcutane Vaccineinjektionen, von Wilhelm Knoepfelmacher ... 629

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Über den Nachweis von Antikörpern im Serum eines Leprakranken mittels Komplementablenkung, von Ernst Eitner ... 56
Ein bakterielles Fett als immunisierende Substanz bei der Lepra, seine theoretische und praktische Bedeutung, von Deyke und Reschad ... 56
Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung unter Behandlung mit Oleum Chaulmoogra, von J. A. Thompson ... 57
Die Isolierung von Leprakranken im Kapland, von J. Hutchinson ... 57
Nachtrag zu der Abhandlung: „Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra“, von Diesing ... 57
Anwendung von Gynokardseife gegen die Lepra, von Toyama ... 213
Demonstration eines Lepraknotens aus der Venenwand entwickelt, von Metsuda 213
Lepra mixta, von Hallopeau und Boudet ... 245
Über einen Fall von Lepra nodularis und deren Behandlung mittels Lichttherapie nach Finsen, von A. Pasini ... 310

Seite
Versuche von Übertragung der Lepra auf Tiere, von P. S. Jezierski 315
Eine Aztekendarstellung der Lepra, von A. H. Ohmann-Dumesnil 315
Die zweite internationale Leprakonferenz im Jahre 1909 346
Die fernsten Ursprünge der Lepra in Brasilien, von Juliano Moreira 346
Eine chinesische Ansicht über Lepra, von Römer 346
Beiträge zur Kenntnis der Lepra bei den Batakstämmen, von R. Römer 346
Lepra-Literatur für das Jahr 1906/07, von Otto Hamann 347
Die Lepra in Tunis, von C. Nicolle und Bastide 347
Ein Fall von Lepra tuberosa, von Tscherbakow 426
Ein Fall von Lepra tuberosa, von Lurje 516
Zur Ätiologie der Lepra, von B. Sommer 629
Wachsmodelle von Leprafällen von Francis R. Day-Honolulu, von E. S. Goodhue 629
Zwei Leprafälle in Tirol, von Ludwig Merk 629
Beiträge zur Kenntnis der Lepra in Deutsch-Ostafrika, von H. F. A. Meixner. 630
Die Heilung der Lepra, von Diesing 630
Zur Frage der Lepra in der Malerei, von Wilhelm Ebstein 630

β. Tuberkulose.

Papilläre Hauttuberkulose, von Holländer 32
Inwieweit besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmaßnahmen zu wirksamer Prophylaxe, von Karl Ullmann 57
Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn, von A. Huber 58
Lupus pernio der oberen Luftwege, von Siebenmann 58
Lupus vulgaris des Ohres, von A. Ravogli 58
Über die Dauerheilung operativ behandelter chirurgischer Tuberkulosen, von Eduard Weinbrenner 58
Über den heutigen Stand der Lupustherapie, von A. Buschke 58
Die Kombination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberkulösen Geschwüre der Unterlippe, von Moriz Weiss 59
Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Lupus vulgaris, von H. W. van Allen 59
Die Eugallolbehandlung des Lupus vulgaris, von Józef Swiatkiewicz 59
Phthise als Ursache sexueller Exzesse, von Karl von Ruck 100
Tuberculosis miliaris, von Ehrmann 147
Tuberkulose der Schleimhaut, sputigene Infektion, von Oppenheim 148
Tuberculosis papillomatosa cutis, Carcinoma (?) und Phlebitis nodosa tuberculosa, von Ullmann 148
Lichen scrophulosorum, von Scherber 149
Akne varioliformis, von Ehrmann 151
Lupus verrucosus, von Reines 151
Lymphangiectasia varicosa, Lymphvarix, von Nobl 151
Die Skrophula-Akrodermatosen, Hyperidrosis und Granulosis rubra nasi, von Henry G. Anthony 207
Eine ungewöhnlich ausgedehnte Folliculitis und Perifolliculitis: deren Zusammenhang mit den sogenannten Tuberkuliden, von William B. Trimble 208
Beitrag zum Studium der Spontanheilung der Nierentuberkulose, von Marcel Deschamps 210
Demonstration einer Nierentuberkulose, exstirpiert unter der Diagnose von Nierensteinen, von Sato 212
Demonstration eines Lupuskranken, von Tanaka 213
Krankenvorstellung von Lichen scrophulosorum, Scrophuloderma und Tuberkulid, von Dohi 213
Lupusbehandlung mit Paquelin, von Inouye 213
Hauttuberkulose und Röntgenstrahlen, von Toyama 213
Histologische Untersuchung der Tuberkulide, von Ito 213
Behandlungsarten des Lupus 245
Framboesiforme, kolliquative Kontiguitätstuberkulose der Haut, von S. Reines . 248
Ein Fall von benignem Miliarlupoid (Boeck), von Marie Opificius 249
Akneiformes Tuberkulid, von Ehrmann 294
Lupus erythematodes disseminatus, papulo-nekrotisches Tuberkulid, von Ehrmann 295
Tuberkulöses Geschwür, von Spiegler 295
Lupus vulgaris follicularis, von Spiegler 295

Seite
Tuberculosis miliaris cutis ulcerosa, von Nobl 295
Lichen scrophulosorum, von E. Spitzer 295
Lupus vulgaris, von E. Spitzer 295
Drei Hautaffektionen, von Oppenheim 295
Lichen und Akne scrophulosorum, von Müller 296
Lichen scrophulosorum, von Müller 296
Lupus erythematosus, akneiformes Tuberkulid, von Ehrmann 299
Akneiformes Tuberkulid, von Finger 300
Papillomatöse Tuberculosis cutis, von Nobl 302
Tuberkulid, von Leiner 303
Lupus tumidus serpiginosus, von Brandweiner 304
Lichen scrophulosorum, von Brandweiner 304
Über Impftuberkulose, von Paul Grosser 307
Wirksame Behandlung der Tuberkulose und Lepra, von F. S. Wernich 316
Über den heutigen Stand der Lupustherapie, von A. Blaschko 317
Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Eugallol, von Josef Swiatkiewicz 317
Ein Fall von Lymphdrüsentuberkulose, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufend, und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen, von H. C. Jacobaeus 317
Lupus vulgaris und erythematosus, von Jadassohn 424
Demonstrationen zur Tuberkulidfrage, von Jadassohn 424
Zwei Fälle von typischer Tuberkulose der Haut, von Jadassohn 425
Tuberkulose der Zunge, von Morestin 426
Lupus vulgaris, sekundär auf tuberkulösen Lymphdrüsen entstehend, von Emlyn Jones 465
Lupus vulgaris faciei et cubiti sin., von Sokolow 503
Lupus vulgaris labii superioris, von Sokolow 503
Fieberhafte Lungenphthise, durch Jodkalium rapide geschwunden, von Hoffmann 545
Über Heilung eines Falles von primärer, aszendierender Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber, von Wolters 548
Lichen scrophulosorum und Folliclis bei einem und demselben Kranken, von Dohi 560
Beitrag zum Studium der Behandlung des Lupus vulgaris, von Leredde und R. Martial 616
Haut- und Schleimhauttuberkulose, erzeugt durch Inokulation und Autoinfektion, von E. Spitzer 616
Wie steht zurzeit die Frage bezüglich der Behandlung des Lupus vulgaris? von Leredde 616
Über kombinierte Behandlung des Lupus vulgaris, von Robert Bernhardt 624
Die Eugallolbehandlung des Lupus vulgaris, von Józef Swiatkiewicz 624
Hauttuberkulose, von J. Frank Wallis 630
Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, von R. Kraus und S. Gross 630
Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Skrophulose, von E. Mero 631
Über Hautveränderungen Erwachsener im Anschlusse an die Picquetsche Reaktion, von M. Oppenheim 631
Beitrag zum Studium des Erythema induratum (Bazin), von Ludwig Weiss 631
Therapie der Hauttuberkulose, von Grenville MacGowan 631

γ. *Syphilis.*

Zweckmäfsige Organisation der Heime für hereditär-syphilitische Kinder, von Lesser, Rosenthal, Blaschko, Oberwarth, Plachte 32
Über den Nachweis syphilitischer Antikörper im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern nach dem Wassermann-Plautschen Verfahren der Komplementablenkung von J. Morgenroth und G. Stertz 60
Experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues, von Albert Schütze 60
Kurze Mitteilung zu dem Aufsatze von Prof. Wassermann und Dr. Plaut über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, von H. Bab 60
Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande, von A. Neisser 60
Demonstration von mit Syphilis geimpften Affen, von Erich Hoffmann 61
Über die bisherigen Ergebnisse der Übertragung der Syphilis auf Affen, von I. v. Neumann 61

Seite

Zur experimentellen Übertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen, von Arthur Schucht ... 61
Über die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen, von E. Bertarelli ... 61
Über die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung, von Willi Fischer ... 62
Die neuesten Forschungen über den Erreger der Syphilis, von Willi Fischer 62
Über Neuinfektion Hereditär-Syphilitischer und über Reinfektion im allgemeinen, von Carl Stern ... 93
Protozoenparasiten der Syphilis, von Max Schüller ... 98
Syphilis hereditaria tarda, von Arthur J. Hall ... 98
Pathologie der Syphilis, von Carl Schulin ... 98
Syphilis und der Staat, von Benjamin F. Bailey ... 99
Percutane Jodbehandlung, von Lipschütz ... 99
138 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, von Ernst Ivanyi ... 99
Syphilitische Larynxstenose, von Thomas H. Halsted ... 99
Ist Syphilis heilbar? von Isaac N. Danforth ... 100
Die neueren Untersuchungen über die Ätiologie und experimentelle Pathologie der Syphilis, von C. Levaditi ... 101
Der bakteriologische Nachweis der Lues, von Karl Preis ... 101
Klinik und Prophylaxe der Syphilis, von Kreibich ... 102
Die neuesten Strömungen in der Syphilidologie (Spirochaeta pallida-Versuche an Affen), von Tschlenow ... 102
Über eine Fieberreaktion im Anschluſs an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis, von Hans Lindenheim ... 102
Über die Wichtigkeit der Untersuchung des Mundes bei zweifelhafter Syphilis, von M. Pautrier ... 102
Primäraffekt der Harnröhre bei Hypospadie, von Duhot ... 102
Gummata der Zunge, von Duhot ... 102
Hereditäre Syphilis, von Duhot ... 103
Generalisiertes hämorrhagisches rupiaähnliches Syphilid, von Duhot ... 103
Über Athetose, von August Birckenstaedt ... 103
Ein neues Gefäſssymptom bei Lues, von S. Ehrmann ... 103
Das Eindringen des Treponema pallidum ins Ovulum, von Levaditi und Sauvage 103
Spirilleninfektion beim Hühnerembryo und deren Beziehung zur hereditären Treponemose beim Menschen, von C. Levaditi ... 103
Die Phagocytose und die Degenerationsformen der Spirochaeta pallida im Primäraffekt und Lymphstrang, von S. Ehrmann ... 104
Beitrag zur Morphologie der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum Schaudinn), von M. Forest ... 104
Einige Voruntersuchungen über künstliche Kultivierung der Spirochaeta pallida (Schaudinn), von Guido Volpino und Arturo Fontana ... 104
Versuche, Spirochäten durch die Bisse der Bettwanze zu übertragen, von Anton Breinl, Allan Kinghorn und John L. Todd ... 105
Beobachtungen über die Struktur der Spirochaeta pallida, von Herbert Fox ... 105
Über eine geradlinige Form von Spirochäten; ihre Bedeutung und wahrscheinliche Rolle bei Tertiärerscheinungen, von Fouquet ... 105
Beobachtungen über die Bewegung und das Zusammenkleben der Spirochaeta pallida, von Sabolotny und Masslakowitz ... 105
Zur Technik der Silberfärbung der Spirochäte Schaudinn, von Barannikow .. 106
Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von G. Volpino ... 106
Differentialdiagnose der Spirochäten in Schnittpräparaten, von Dreyer ... 106
Die Spirochaeta pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeſs, von A. Blaschko ... 106
Spirochaeta pallida bei erworbener Syphilis, von Alexander A. Uhle und William H. MacKinney ... 106
Weitere Beobachtungen über Spirochaeta pallida, von A. Buschke und W. Fischer ... 106
Untersuchungen über die Spirochaeta pallida in den Krankheitsprodukten der erworbenen Syphilis, von Arpad Stenczel ... 107
Berichtigungen zu der Publikation Siegels „Zur Kritik der bisherigen Cytorrhyctesarbeiten“, von P. Mühlens und Max Hartmann ... 107
E. Hoffmanns „Die Ätiologie der Syphilis“ in kritischer Beleuchtung, von Th. Saling ... 107

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. No. 1. 1. Juli 1907.

Aus der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals in Krakau (Prim. Dr. Borzecki) und aus dem Laboratorium der dermatol. Klinik (Prof. Reiss).

Ein Fall von sogenannter Adenoma sebaceum.

Von

Dr. Franz Krzysztalowicz,
Prof. a. o. der Dermatologie in Krakau.

Mit vier Abbildungen im Text.

Der Fall, welchen ich eben beschreibe, gehört zu demjenigen Typus von Krankheiten, welche wohl bekannte klinische Kennzeichen besitzt, aber im pathologischen Sinne noch nicht genau charakterisiert ist.

Es gibt vor allem in der Literatur zwei gesonderte Krankheitstypen des sog. Adenoma sebaceum: der eine umfaſst Geschwülste, welche meist asymmetrisch, meist einzeln, seltener in gröſserer Zahl und vorwiegend an der Kopfhaut gelagert sind; der zweite charakterisiert sich besonders durch mehr oder weniger prägnante Symmetrie, durch die Lokalisation und Multiplizität dieser Neubildungen. Der erste Typus scheint eine wirkliche Hypertrophie der Talgdrüsen darzustellen, welche der Degeneration anheimfallen können.

Beim Studium der in der Literatur bekannten Fälle, welche unzweifelhaft zu dem zweiten Typus gehören, fällt auf, daſs die Fälle zwar sehr ähnliche klinische, aber sehr verschiedene histologische Bilder darbieten.

Meinen Fall verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Prim. Dr. Borzecki.

Der Fall ist folgender: Johann P., 26 Jahre alt, hat die ersten Erscheinungen in der Kindheit beobachtet, er klagt aber, daſs die Knötchen seit einigen Jahren an Gröſse zunahmen. — Bei der Aufnahme in die Krankenhausabteilung wurden folgende Effloreszenzen gefunden: an der Haut der Nase, besonders der Nasenflügel, der Oberlippe, der angrenzenden Teile der Wangen (hauptsächlich der Nasolabialfurchen) und am Kinne sieht man zahlreiche Knötchen von Nadelkopf- bis Hirsekorngröſse. Die

sie bedeckende Haut sieht fast normal aus, an einigen beobachtet man Teleangiektasien und gelblich pigmentierte Stellen und am Gipfel einiger Knötchen kleine Punkte, welche die dilatierten Mündungen der Talgdrüsen zu sein scheinen. Die Knötchen sind genau von der Umgebung abgegrenzt und an einigen Stellen dicht aneinander zusammengedrängt. Sie sind ziemlich symmetrisch in der Gesichtshaut lokalisiert, von ovaler Form und glatter Oberfläche. Ihre Konsistenz ist hart.

Der Patient weist weder irgendwelche Veränderungen der inneren Organe noch psychische Defekte auf und scheint überhaupt ein vollkommen gesunder Mann zu sein.

Auf Grund dieser Erscheinungen wurde Adenoma sebaceum diagnostiziert.

Die ersten Beschreibungen dieses Leidens verdanken wir Balzer, welcher in den Jahren 1885 und 1886 zwei Fälle publizierte und diese Krankheit „Adénome sébacé“ nannte. Im ersten Falle saſsen die Knötchen nicht nur im Gesicht, sondern auch an der Kopfhaut — und die Patientin litt überdies an Akne und Seborrhoea sicca. Die kleinen Tumoren waren mit winzigen Talgcysten, die sich als zahlreiche, kleine, weiſse Punkte, wie Milien präsentierten, dicht besetzt und dieselben lieſsen sich mit einer Kürette leicht ausschälen. Balzer bemerkt nebenbei, daſs, obwohl die erwähnten Neubildungen meistenteils von den Talgdrüsen ihren Ursprung nehmen, dieselben doch an einigen wenigen Stellen von den Schweiſsdrüsen zu entspringen scheinen. Der zweite Fall stimmte mit dem ersten nur darin nicht überein, daſs die Kopfhaut nicht mit affiziert und die Beteiligung der Knäueldrüsen nicht beobachtet wurde. Zwei Fälle Vidals, welche Pringle in seiner Arbeit erwähnt, weichen nicht viel von den oben zitierten ab; in einem Falle bestanden gleichfalls deutliche Erscheinungen von Akne und Vidal richtet in den beiden sein Augenmerk auf die ausgebildete Vaskularisation und die Teleangiektasien, die er bald in der Haut der Knötchen selbst, bald in der umgebenden Haut und in weiter entfernteren Hautregionen vorfand. Auſserdem beschreibt dieser Verfasser die Pigmentationen und Epheliden im Gesicht und endlich die weichen und warzigen Naevi am Halse, Nacken und Rücken. Im Falle Hallopeaus wurden auch neben den charakteristischen Knötchen in der Gesichtshaut verschiedene Naevi und Mollusca hauptsächlich auf der Kopfschwarte und am Nacken beobachtet.

Auf Grund der erwähnten Fälle und seines eigenen genau klinisch und histologisch beschriebenen Falles bestätigt Pringle, daſs diese Affektion, von Balzer Adénome sébacé genannt, eine durch gewisse Merkmale genau charakterisierte Krankheit sui generis darstellt.

Seit Pringle mehrten sich in der Literatur die Angaben über dieses Leiden; es wurden immer mehr klinische Einzelheiten notiert, um diesen Krankheitstypus genau zu klassifizieren.

Aus den bis jetzt veröffentlichten Fällen kann man schliefsen, dafs bei der Entstehung der Krankheit das Geschlecht keine Rolle spielt, — die Krankheit erscheint fast in gleichem Mafse bei dem männlichen wie weiblichen Geschlecht.

Was das Alter anbelangt, so ersieht man, dafs die meisten Fälle im jugendlichen Alter — zirka 20 Lebensjahre —, beobachtet wurden, in dem Lebensalter also, in welchem, wie Darier sagt: „on cherche à plaire et où l'on consulte pour les lesions, qui defigurent." Im frühesten Alter (siebentes Lebensjahr) hat Savill seinen Fall beobachtet, und die Affektion soll sich im frühen Kindesalter entwickelt haben — Perry bei einem elfjährigen Mädchen, bei welchem die Pigmentationen schon im dritten Lebensjahre bestanden —, andere Autoren in etwas späterem, aber jugendlichen Alter und besonders beim weiblichen Geschlecht: 12 Jahre (Dohi), 13 Jahre (Buschke), 15 Jahre (Vidal), 17 Jahre (Darier), 18 Jahre (Vidal, Audry, Winkler). Viel seltener wurden die Geschwülste in den späteren Jahren beobachtet, wie bei einer 32jährigen Frau (Balzer), bei welcher aber die Erscheinungen schon in der Kindheit sichtbar waren, ferner bei einer 42jährigen Frau (Felländer), die gleichfalls das Kindesalter als die Zeit der Entstehung der Knötchen angab.

Wenn man also die Angaben der Autoren in Betracht zieht, die nach der mehr oder weniger genauen Anamnese die Entstehung der primären Erscheinungen in die Zeit kurz nach der Geburt oder in das frühe Kindesalter verlegen, so mufs man zu der Überzeugung kommen, dafs wir es mit einer Affektion zu tun haben, die im frühesten Alter entsteht und in dem jugendlichen Alter, beim Eintritt der Pubertät, zur vollen Entwicklung gelangt.

Über das Verhältnis der Krankheit an dem allgemeinen Zustand kann man einige Erwähnungen in der Literatur finden und zwar, dafs diese Neubildungen zuweilen bei psychisch kranken Individuen vorkommen; von den bekannten Fällen betont diesen Umstand Crooker ausdrücklich in seinen drei Fällen und Pelagatti in seinem. Dieser letztere gibt auch den Befund der Nekroskopie an und zwar hat er „la sclérose cérébrale tubéreuse" in den oberflächlichen Gehirnpartien gefunden. Hallopeau und Leredde geben an, dafs in ihrem Falle die Erscheinungen der tertiären Lues (eine Perforation des Gaumens) und Epilepsie bestand, und Winkler erwähnt, dafs fünf Brüder und eine Schwester des behandelten Patienten nach seiner Angabe ähnliche Erscheinungen im Gesichte haben sollen.

Wenn man jetzt zum klinischen Bilde dieser Krankheit übergeht, so sieht man, dafs sie sich durch das Auftreten von Knötchen charakterisiert, die sich durch die Lokalisation und Lagerung, sowie auch durch Form, Gröfse und Farbe sehr deutlich von anderen ähnlichen Knötchenaffektionen unterscheiden.

Die Prädilektionsstelle des Leidens war in den meisten Fällen die Haut der Nase und insbesondere der Nasenflügel, der Nasolabialfalten und der angrenzenden Wangenhaut. Etwas seltener hat man die Knötchen auf der Stirn, an der Haut der Oberlippe und am Kinn beobachtet, — selten findet man eine Erwähnung über die Neubildung an den Augenlidern, (Balzer, Pringle) sowie auch an den von der Nase entfernteren Teilen der Wangen (Buschke). Im Falle Balzers befanden sich die Knötchen auch an der Kopfhaut, den Ohrmuscheln und am Hals; Möller erwähnt Adenome hinter den Ohren und am Rücken und Felländer spricht von der Beteiligung der Ohren-, Hals- und Rückenhaut. Buschke endlich bespricht Adenomknötchen an der vorderen Fläche des Halses und des Nackens und daneben ähnliche Knötchen an der Schleimhaut der Wangen. In allen diesen letzterwähnten Fällen finden wir meistensteils Erwähnungen über Akneveränderungen und Geschwülste verschiedener Natur an entfernteren Hautregionen.

Als Merkmal der Affektion sollte man auch die symmetrische Anordnung der Effloreszenzen betrachten, welche schon Balzer erwähnt, und auf welche viele Autoren die Aufmerksamkeit lenken, indem sie die mittleren Teile des Gesichts als die Prädilektionsstelle der Knötchen bezeichnen. In dem Falle von Dorst und Delbanco befanden sich die Knoten am Nacken und Rücken, aber auch an der Stirn und hinter den Ohren, jedoch nur an der einen Seite. Die Verfasser erwähnen aber, daſs in ihrem Falle zwei Gattungen von Knötchen vorhanden waren: die einen boten das Bild des „Epithelioma adenoides cysticum“, die anderen das des „Adenoma sebaceum“. Und obwohl diese beiden Geschwulstformen nach der Ansicht der Autoren in verwandter Beziehung zueinander stehen, können sie doch durch mikroskopische Untersuchung ganz deutlich gesondert werden.

Aber nicht nur die Lokalisation in den Hautregionen, sondern auch die Lage der Knötchen im Verhältnis zu einander gibt dieser Krankheit ein besonderes Merkmal. Fast alle Autoren sprechen von deutlichen Grenzen der einzelnen Knötchen auch in dem Falle, daſs sie an einer Stelle zusammengedrängt liegen, wie dies im Falle Vidals in den Nasolabialfurchen in Form von maulbeerförmigen Erhebungen der Fall war.

Die Beschreibung der Farbe der Knötchen unterscheiden sich untereinander nicht viel. Die einen sprechen von fast normaler Hautfarbe, die anderen von differenter Farbe der die Knötchen bedeckenden Haut. Und von diesen letzteren erwähnen die meisten eine gelbe, rosagelbe, gelbbraune und braune Farbe. Viele von ihnen bemerken, daſs die einen Knötchen mehr gelblich sind, die anderen rötlich, auch dunkelrot, endlich rotbräunlich (Kothe) und braun. Darier beschreibt in seinem Falle lebhaft rote Farbe. In der Mehrzahl der Fälle findet man Beschreibungen von dila-

tierten Kapillaren über den Knötchen, wenn auch nicht überall, oder in ihrer Umgebung und dadurch soll die mehr oder weniger rote Verfärbung der die Knötchen bedeckenden Haut erklärt werden. CROOKER unterscheidet aus diesem Grunde zwei Typen der Knötchen: einen mit Dilatation der Gefäſse, den zweiten ohne diese.

Über die Gröſse der Knötchen findet man fast ganz gleiche Angaben; sie schwankt von Stecknadelkopf- bis Hirsekorngröſse. Auch betreffs der Form (halbkugelig und oval) stimmen die Beschreibungen überein.

Von der Konsistenz sprechen auch fast alle Autoren ganz übereinstimmend; beim Betasten geben die Knötchen das Gefühl einer viel härteren Konsistenz als die umgebende Haut.

Die Rotfärbung der Knötchen läſst sich leicht erklären, teilweise durch die allgemeine Rötung der Gesichtshaut (Nase, Wangen), besonders im Falle der vorhandenen Seborrhoe, teilweise durch die Teleangiektasien, — man findet aber fast keine Erklärung der Braunfärbung der die Knötchen bedeckenden Haut. In meinem Falle waren die Teleangiektasien sehr deutlich und diese waren die Ursache der rötlichen Verfärbung vieler Knötchen. Die braune Farbe dagegen führe ich auf die Pigmentflecken zurück, die nur teilweise in der die Knötchen deckenden Haut sich befinden und sehr oft auf die umgebende Haut übergreifen. Ich habe also Pigmentflecke beobachtet, die gewissermaſsen unabhängig von den Knötchen bestanden. Bei einigen Autoren findet man Erwähnungen von Pigmentmälern auch an entfernteren Körperteilen. (DARIER, PERRY, BUSCHKE, MÖLLER, FELLÄNDER u. a.) Auſser solchen angeborenen Mälern, Gefäſsdilatationen (HALLOPEAU und LEREDDE beschreiben auch kleine Varices) und Pigmentmälern, gibt es in den veröffentlichten Fällen auch Erwähnungen über Fibrome (Fibroma molluscum) (HALLOPEAU und LEREDDE, ANDERSON, BUSCHKE, KOTHE, MÖLLER, FELLÄNDER), aber auch andere

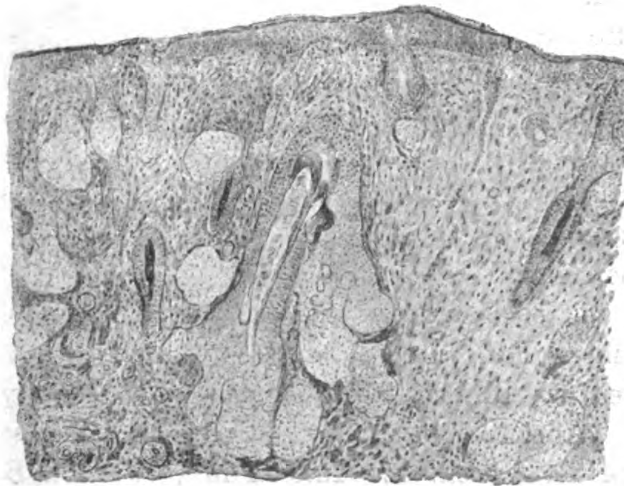


Fig. 1.
Präparat aus den mittleren Teilen des Knötchens, welches in FLEMMINGscher Flüssigkeit gehärtet wurde. Färbung mit Safranin-Wasserblau-Tannin. LEITZ Ob. 4, Ok. 1.

angeborene Neubildungen (HALLOPEAU, DARIER u. a.). Das gleichzeitige Vorkommen von anderen angeborenen Geschwülsten neben den charakteristischen Knötchen wirft viel Licht auf die Natur dieser Krankheit.

Zu histologischen Zwecken wurden drei Knötchen exzidiert und in FLEMMINGscher Lösung, MÜLLERscher Flüssigkeit und Alkohol gehärtet. Die Präparate aus den drei makroskopisch scheinbar gleichen Knötchen boten jedoch verschiedene histologische Bilder.

In einem mit Osmiumsäure behandelten Knötchen überwiegen die Talgdrüsen, welche durch Vermehrung der Anzahl und der Verzweigungen an die mikroskopischen Schnitte von Seborrhoea erinnern. Denn neben diesen verzweigten Drüsen trifft man die dilatierten Follikel der Lanugo-

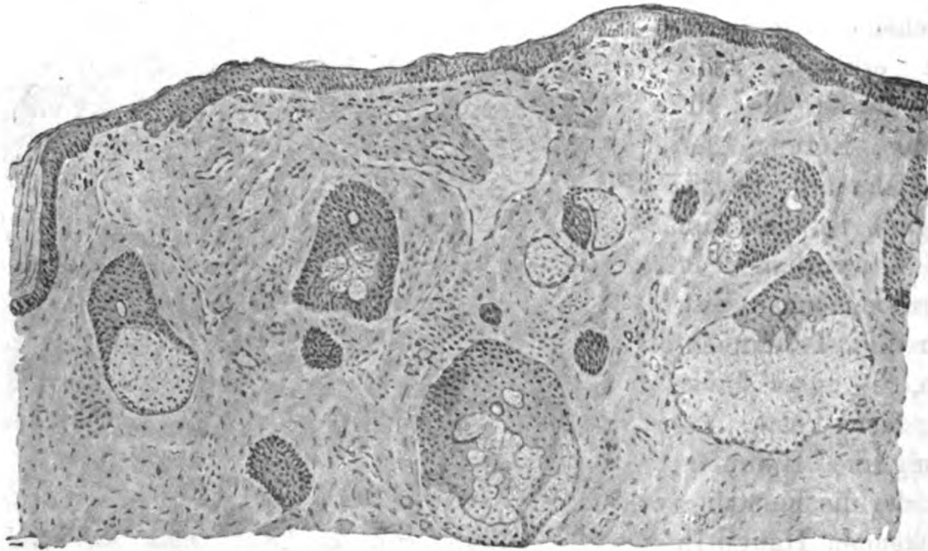


Fig. 2.

Präparat aus den mittleren Teilen des zweiten, in MÜLLERscher Lösung gehärteten Knötchens. Färbung mit PAPPENHEIM-UNNAscher Mischung. In oberflächlichen Teilen der Haut schwarz bezeichnetes Pigment. Ob. 4, Ok. 1.

härchen, welche mit Hornzellen- und Talgdrüsenmassen gefüllt sind. In diesen Massen sieht man die für diesen Zustand gewöhnliche Flora. Einige Haarfollikel sind geschlängelt und mit seitlichen epithelialen Auswüchsen versehen, andere sind klein und liegen oberflächlich. Die kollagene Substanz scheint, abgesehen von der etwas gröſseren Anzahl der zelligen Elemente, ganz normal zu sein und zwischen ihren Bündeln sieht man normale elastische Fasern. In den oberflächlichen Partien der eigentlichen Haut, welche mit normalem Epithel versehen ist, sieht man die etwas dilatierten Gefäſse. (Fig. 1.)

In dem zweiten Knötchen fallen vor allem die dilatierten Gefäſse auf, welche die Mitte der Wölbung des Knötchens und einen erheblichen

Teil der Dicke der Cutis einnehmen, indem sie eine normale Schicht der unter dem Epithel gelegenen Cutis freilassen. Diese Gefäſse liegen dicht nebeneinander und zeigen Lumina von verschiedener Gröſse und Form. Die Papillarschicht zeichnet sich wiederum durch den groſsen Gehalt an Pigment aus, welches ganz lose liegt in der Form von Körnern von verschiedener Anordnung. Das Epithelpigment scheint die normale Menge nicht zu überschreiten. Die Talgdrüsen bestehen in diesem Knötchen in demselben Maſse wie in dem vorher beschriebenen, — nur mit dem Unterschied, daſs die Follikel hier etwas spärlicher sind. Die kollagenen Bündel sind zwischen den dilatierten Gefäſsen zart, das Kollagen bildet hier mehr dünne, feine, schwach tingible Fasern, die elastischen Fasern treten hier nur spärlich auf, aber man beobachtet diese auſserhalb des angiomatösen Teiles in den Papillen und unterhalb der Neubildung in normaler Menge. (Fig. 2.)



Fig. 3.
Präparat aus dem dritten, in Alkohol gehärteten Knötchen. Färbung mit saurem Orceïn und polychromem Methylenblau. Die Haufen der Naevuszellen, in den oberen Teilen der Haut viel Pigment. Ob. 4, Ok. 1.

In dem dritten Knötchen endlich, dessen Grenzen man im Mikroskop leicht erkennen kann, befinden sich Zellenhaufen, von denen die einen gleich unter dem Epithel, die anderen auch tiefer in der eigentlichen Haut gelagert sind. Diese Haufen liegen ganz unregelmäſsig in der Haut und unterscheiden sich untereinander durch Gröſse, Gestalt und Zellenmenge. (Fig. 3.) Diese Zellen gehören unzweifelhaft zu dem Zellentypus, welchen man im weichen Naevi beobachtet. Unna beschreibt diese Zellen folgendermaſsen: „Die Zellstränge bestehen aus kleinen, kubischen oder länglichen, plasmareichen Zellen, die einen relativ groſsen, ovalen, hellen, bläschenförmigen Kern besitzen. Sie sind also bis auf den fehlenden Stachelpanzer den Deckepithelien sehr ähnlich.“ Man sieht deshalb, daſs einige Zellengruppen noch in Verbindung mit dem Epithel stehen, die anderen, viel zahlreicher, sind ganz abgesondert. Einige der letzteren liegen ganz lose ohne jeden Zusammenhang mit anderen Hautgebilden, andere dagegen befinden sich in der Nähe der Gefäſse, der Follikel und Knäueldrüsen.

Aufserdem beobachtet man auch zwischen den Kollagenbündeln ganz einzeln liegende Zellen desselben Naevustypus. (Fig. 4.)

Einige Zellengruppen, welche nahe dem Epithel liegen, enthalten Pigment in grofser Menge, das innerhalb wie aufserhalb der Zellen liegt. Aufserdem gibt es auch zahlreiche freie Pigmentkörner zwischen den Kollagenfasern; besonders in der Nachbarschaft der erwähnten Zellenhaufen und hier und da in der Umgebung der Gefäfse. Auch in diesem Knötchen sieht man die dilatierten Gefäfse, welche zwischen den Zellengruppen meist in den oberen Teilen der eigentlichen Haut zum Vorschein kommen.

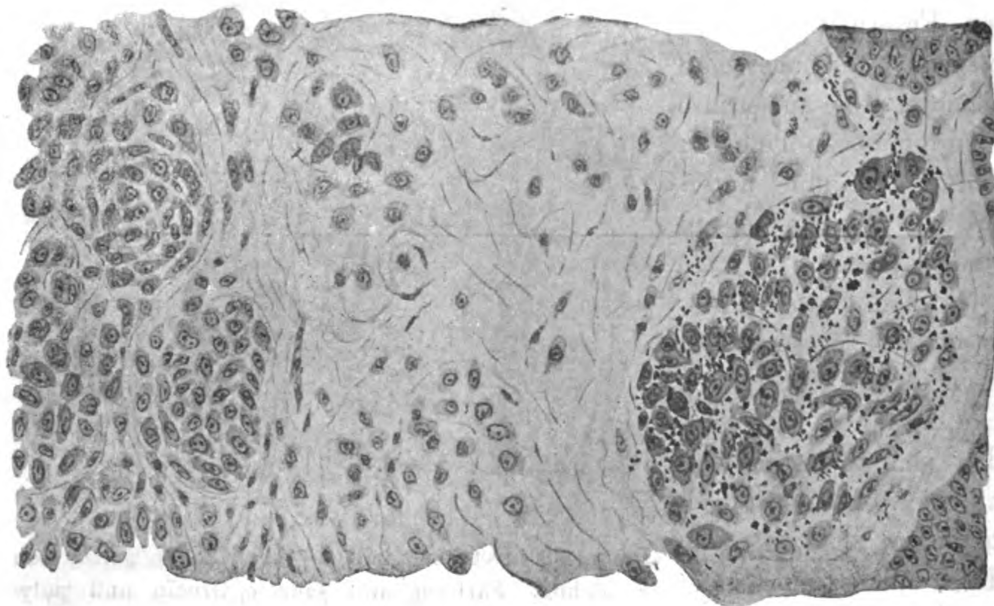


Fig. 4.

Präparat aus dem Knötchen wie Fig. 3. Färbung mit polychromem Methylenblau und Glycerinäthermischung. Die Naevuszellen bei stärkerer Vergröfserung, im Haufen nach rechts gröfsere Anhäufung von Pigment.

Das kollagene Gewebe zeigt keine prinzipiellen Veränderungen und nur die elastischen Fasern sind in dem Knötchen selbst sehr spärlich, während sie in den angrenzenden Hautpartien in normaler Menge vorkommen, wodurch sich auch die Grenze der Knötchen sehr leicht bestimmen läfst.

Das Epithel über diesem Knötchen ist wie gespannt; man sieht also fast keine Epithelleisten, fast keine Papillen. Das Pigment ist an einigen Stellen in zwei oder drei Zellenreihen des Epithels vorhanden, an anderen scheint es vermindert zu sein.

Die Talg- wie Knäueldrüsen erscheinen vollkommen normal.

Das histologische Bild des beschriebenen Falles beweist also, daſs die gefundenen Gewebsveränderungen nicht etwa ein einziges Gewebselement, sondern sowohl die Talgdrüsen, wie auch die Gefäſse, das Pigment und das Gerüst der eigentlichen Haut, endlich das Epithel betreffen.

In den in der Literatur niedergelegten Fällen findet man auch verschiedene histologische Bilder.

Die erste histologische Beschreibung dieser Affektion findet man in der Arbeit von Pringle, denn das anatomische Bild der Adenome Balzers scheint — wie das schon Unna bewies — eher dem Akanthoma adenoides cysticum zu entsprechen, wie dies aus der klinischen Beschreibung folgt, die dem Typus des Talgdrüsenadenoms nicht entspricht.

Seit Pringle haben die Autoren, die diese Krankheitsfälle histologisch beobachtet haben, die Aufmerksamkeit gelenkt auf die Beschaffenheit der Talgdrüsen, ihre Zahl, Gröſse und das Verhältnis zu der Umgebung, besonders zu den Follikeln. Pringle behauptet, daſs das Hauptsymptom in diesem Falle die Hypertrophie der Talgdrüsen, sowohl der Anzahl als auch den Verzweigungen nach bildet. Die einen Drüsen sind in nachweislichem Zusammenhang mit Haarfollikeln, die anderen sind ganz unterhalb der normalen Grenzen und unabhängig von ihnen gelagert. Als Beweis der Funktion der Drüsen hat Pringle die Tatsache angeführt, daſs in vielen derselben Sebum sichtbar ist und das Drüsenepithel überall gut entwickelt und ohne regressive Veränderungen.

Ein Teil der Autoren stimmt dieser Beschreibung im ganzen bei, indem sie auch die hypertrophischen aber normalen Talgdrüsen als anatomisches Merkmal dieser Krankheit hervorheben, wie Caspary, Anderson, Pezzoli, Audry, Pelagatti, Kothe, Möller, Poor. Die anderen erwähnen die Vermehrung der Talgdrüsen, aber auch ihre gleichzeitige Degeneration, wie Pollitzer (cystische und colloide). Einige von den erwähnten Autoren betrachten gleich Pringle diese Drüsenveränderung als ein histologisch so dominierendes Symptom, daſs sie auf Grund dessen diese Affektion als Adenom und nicht als Hyperplasie oder Naevus bezeichnen (Caspary, Audry, Kothe, Pollitzer). Der andere Teil der Verfasser nimmt die Bedeutung der Hypertrophie der Drüsen in diesem Krankheitsprozesse weder vom histologischen noch pathogenetischen Standpunkte an. Darier bemerkt, daſs die Talgdrüsen nicht hypertrophisch erscheinen, und meint, daſs das Hauptmerkmal der Krankheit die Erweiterung der Gefäſse und Bindegewebshypertrophie bilden. R. Crooker betrachtet den ganzen Prozeſs als Folge einer Entwicklungsanomalie, welche nicht nur die Talgdrüsen, sondern auch den ganzen Follikel und die Knäueldrüsen betrifft. Hallopeau und Leredde beschreiben auch ganz normale Talgdrüsen und führen den Prozeſs auf die Anomalie im Bindegewebe zurück. Perry ist der Meinung, daſs die Affektion nicht

nur die Talgdrüsen, sondern auch die Haut im allgemeinen befallen kann. Ähnlicher Anschauung ist BUSCHKE, für welchen die Talgdrüsenveränderung nichts Wesentliches für diese Affektion bildet, und welcher meint, daſs zum Aufbau der Tumoren in den einen Fällen mehr die Talgdrüsen, in den anderen mehr das Bindegewebe, besonders das perifollikuläre und die Blutgefäſse beitragen. FELLÄNDER ist auch der Meinung, daſs die Vergröſserung der Talgdrüsen neben der Hyperplasie der Knäueldrüsen und des Bindegewebes erst in zweiter Linie in Betracht kommen — und scheint nach ihm das klinische Bild von diesen Neubildungen durch Proliferation der verschiedenen Gewebe und Organe der Haut in verschiedenen Kombinationen entstehen zu können.

PICCARDI spricht sich dahin aus, daſs der Name Naevus sebaceus nichts zu tun habe mit der Morphologie und Anatomie der Krankheit und nur die embryonale Herkunft bezeichnen. Nach WINKLER ist die Hauptveränderung an den Gefäſsen zu suchen; er hat gefunden, daſs einzelne derselben deutlich erweitert und mit Blut gefüllt sind und um die meisten sehr reichliche Züge, Stränge und Haufen von Zellen liegen, die zum allergröſsten Teile keine Spindelzellen sind. (Vielleicht Naevuszellen?) Dieser Verfasser teilt auf Grund der histologischen Bilder alle bis jetzt veröffentlichten Fälle in vier Gruppen ein: 1. Typus CASPARY: Nur oder fast nur aus normal gebauten Talgdrüsen zusammengesetzte Tumoren. 2. Typus PRINGLE: Tumoren aus Talgdrüsengewebe neben Angiomatose und Fibromatose. 3. Typus DARIER: Fibromatose mit der Angiomatose ohne Talgdrüsenvermehrung. 4. Typus PERRY (zweifelhaft): Schweiſsdrüsennaevi.

PRINGLE übernimmt die Bezeichnung von BALZER: Adenoma sebaceum, ihm reihen sich an: CASPARY, POLLITZER, ANDERSON, AUDRY, KOTHE. Die anderen geben dieser Affektion den Namen Naevus sebaceus (JADASSOHN), und von diesen nennen sie die einen, wie DARIER, Naevi vasculaires et verruqueux, die anderen, wie HALLOPEAU und LEREDDE, Naevi symmetriques de la face (PEZZOLI, DOHI). POOR führt den Namen Naevus sebaceus symmetricus ein, und endlich andere reihen ganz einfach diese Neubildungen der Gruppe der Naevi an (MÖLLER, FELLÄNDER, PICCARDI, CROOKER, PERRY, BUSCHKE). PELAGATTI bezeichnet seinen Fall von Adenoma sebaceum viel allgemeiner als Difformités cutanées.

Wenn ich jetzt meinen Fall mit den bekannten vergleiche, so muſs ich bemerken, daſs die Talgdrüsenabnormität in diesem Falle fast keine Rolle spielt, — ich kann also die Bezeichnung Adenoma sebaceum nicht als zutreffend betrachten. Aus derselben Ursache kann ich diese Affektion nach CASPARY nicht für Talgdrüsenhypertrophie halten. Und mit Rücksicht auf die gefundenen histologischen Veränderungen muſs man diesen Krankheitsprozeſs der Naevusgruppe zurechnen, wie das HALLOPEAU,

Lebedde, Jadassohn, Winkler, Pezzoli, Dohi, Möller, Felländer, Piccardi, R. Crooker, Perry, Buschke, endlich Pelagatti und Poor tun. Und von diesen reihe ich mich denjenigen an, welche annehmen, daſs dieser Prozeſs im pathogenetischen Sinne auf der Proliferation der verschiedenen Gewebe und Organe der Haut in verschiedener Kombination beruht. Ich betrachte es für ganz begründet darauf hinzuweisen, daſs den Grund der Affektion die Abnormität in der Entwicklung der Haut, als ganzes genommen, bildet, daſs wir also mit einer Anomalie des Epithels und seiner Anhänge, der Follikel und Drüsen, wie auch des Pigmentes, der Gefäſse und des Bindegewebes der Haut zu tun haben können.

In meinen vorher veröffentlichten Publikationen[1] über die Neubildungen habe ich die Aufmerksamkeit gelenkt auf die besonderen Merkmale der in der Haut erscheinenden Geschwülste. Ich habe damals hingewiesen auf die groſse Analogie und Ähnlichkeit der scheinbar so verschiedenen Prozesse, wie der Xeroderma pigmentosum und der Neurofibromatose. Ich habe auf ähnliche Weise bei den Myomaten, einer klinisch so verschiedenen Krankheit, einen gewissen Zusammenhang aller dieser Prozesse im pathogenetischen Sinne gezeigt, welche alle zur groſsen Krankheitsgruppe „Naevi“ gerechnet werden müssen. In dem beschriebenen Falle drängt sich auch der Gedanke auf, daſs man es hier auch mit einem analogen Prozesse zu tun hat, welcher eine Entwicklungsanomalie darstellt.

Die Vergleichung aller dieser Hautabnormitäten ist sehr leicht, wenn wir die Zeit des Auftretens aller erwähnten Geschwülste und die Verschiedenheit der bei einem und demselben Individuum in der Haut auftretenden Neubildungen in Betracht ziehen. In allen diesen Neubildungsprozessen, welche in den jugendlichen Jahren auftreten, beobachtet man neben den dominierenden, für einen gewissen Krankheitstypus charakteristischen Geschwülsten, wie Carcinomen und Sarkomen (bei Xeroderma pigmentosum), Neurofibromen (bei der Recklinghausenschen Krankheit), Myomen und Adenomen, auch Nebengeschwülste (sekundäre) in Form von Pigmentflecken und Angiomen. Alle diese Krankheitstypen also müssen der allgemeinen groſsen Krankheitsgruppe, welche mit dem Namen „Naevus“ bezeichnet wird, zugezählt werden. Obwohl also jeder von diesen erwähnten Krankheitstypen ein besonderes individuelles Ganzes für sich bildet, so gehören sie doch prinzipiell, pathogenetisch zu einer Gruppe der Entwicklungsanomalien der Haut (Difformitates cutis).

Die früher erwähnten Krankheitstypen werden mit den Namen bezeichnet, die mit dem Wesen der Prozesse nicht im Widerspruch stehen

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 36 (Neurofibroma), Bd. 42 (Myoma).

— es ist aber unmöglich, für die beschriebene Affektion den Namen Adenoma sebaceum anzunehmen — und eher wäre es richtiger, ihr vorläufig die Benennung Morbus PRINGLE beizulegen.

Literatur.

ANDERSON, *Brit. Journ. of Derm.* 1895. VII.
AUDRY, *Ann. de derm. et syph.* 1903.
BALZER u. GRANDHOMME, *Archives de physiol.* 1886.
BALZER u. MÉNÉTRIER, *Archives de physiol.* 1885.
BUSCHKE, *Derm. Zeitschr.* 1904.
CASPARY, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. 3.
COSTA MÉNDES, *Vereinig. d. niederl. Dermat.* 1900.
CROOKER, R., *II. Intern. Dermat. Kongreſs.* Wien 1892.
DARIER, *Ann. de derm. et syph.* 1890.
— *La pratique Derm.* Paris.
DOHI, *Japan. Zeitschr. f. Derm.* 1903.
DORST u. DELBANCO, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. 33.
DORST, Inaug.-Diss. Leiden 1902.
EHRMANN, *Mračeks Handbuch.*
FELLÄNDER, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. 74.
HALLOPEAU nach PRINGLE.
— u. LEREDDE, *Soc. Dermat. de Paris.* 1895.
JADASSOHN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 68.
JARISCH, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 28.
— *Handbuch der Dermatologie.*
MÖLLER, *Derm. Gesellsch. in Stockholm.* 1904.
PELAGATTI, *Ann. de derm. et syph.* 1904.
PERRY, *Derm. Gesellsch. in London.* 1896.
PEZZOLI, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.
PICCARDI, *Giorn. ital. d. mal. ven. et d. l. pell.* 1900.
POLLITZER, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.* 1893.
POOR, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. 40.
PRINGLE, *Brit. Journ. of Derm.* 1893.
— *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. 10.
SAVILL, *Derm. Gesellsch. v. Groſsbrit. u. Irland.* 1900.
UNNA, *Histopathologie.*
— *Histologischer Atlas.* H. 5.
VIDAL nach PRINGLE.
WINKLER, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 66.

Zur Technik der intramuskulären Hg-Einspritzungen.

Von

Dr. A. v. KARWOWSKI-Posen.

So gewaltig der Fortschritt ist, den wir durch Entdeckung der Spirochaete pallida SCHAUDINN-HOFFMANN in der Erkenntnis der Ätiologie und Pathologie der Syphilis gemacht haben, so sind wir in bezug auf die Therapie auf demselben Standpunkt geblieben. Solange es nicht gelungen ist — und das erscheint immerhin zweifelhaft — ein Heil- oder Immunserum zu erhalten, bleibt neben dem Jod das Quecksilber das souveräne Mittel, wenn auch die Ansichten über die Art seiner Wirkung sich geändert haben.

Unter den Methoden, das Hg dem Körper einzuverleiben, haben die Einspritzungen sich immer mehr eingebürgert, und das wohl mit Recht. Die genaue Dosierbarkeit, die Bequemlichkeit der ambulanten und diskreten Behandlung, die Sauberkeit und last not least die stete Kontrolle durch die regelmäfsigen Besuche des Kranken beim Arzte, das sind Vorteile, die dieser Methode immer zahlreichere Anhänger verschaffen, selbst in Ländern, die ihr anfangs skeptisch gegenüberstanden, wie Frankreich und Amerika.

Nennt sie doch JULLIEN:[1] „die wissenschaftlich allein zulässige Methode“, und will er die Friktionen nur für Ausnahmefälle reserviert wissen.

Ich sehe davon ab, die Frage, ob lösliche oder unlösliche Verbindungen vorzuziehen sind, zu diskutieren. Beide haben ihre Vorteile und Nachteile, beide ebenso energische Verfechter wie Kritiker.

Von den unlöslichen Verbindungen wird in Deutschland wohl als das mildeste und doch energisch genug wirkende das Hydrargyrum salicylicum gebraucht, welches von SILVA ARAUJO empfohlen und von BLASCHKO in die Praxis eingeführt worden ist. Die allgemein übliche Formel ist die 10%ige Suspension in Paraffinum liquidum.

Leider hat die Anwendung dieses Mittels mit den anderen derselben Klasse wie Kalomel und Oleum cinereum gewisse Nachteile gemeinsam. Zunächst sind es Schmerzen, welche nicht sofort mit der Injektion, wie z. B. beim Sublimat beginnen, sondern erst einige Stunden oder den Tag nachher sich einstellen und mit denen nach einem Stockhieb zu ver-

[1] *Journal des Maladies cutanées et syph.* 1904. Heft 11—12.

gleichen sind. Auffallenderweise sind diese Beschwerden, wie ich beiläufig erwähnen will, bei einzelnen Patienten immer an die Injektionen auf der einen Seite gebunden, ebenso wie das Auftreten von Mattigkeit, Fieber usw., welche bekanntermaßen des öfteren hierbei beobachtet werden. Selbstverständlich meine ich hierbei nicht die Beschwerden, welche durch Anstechen eines Nervenastes oder durch Druck des injizierten Quantums auf einen solchen hervorgerufen werden, und das Gefühl von Taubsein oder gar Lähmungserscheinungen im Bein zur Folge haben. Sie entstehen, wenn zu weit unten in die Nates injiziert wird, was wohl als Kunstfehler anzusehen ist.

Eine weitere bekannte Unbequemlichkeit sind die zum Teil recht schmerzhaften und lange bestehenden Infiltrate, welche faustgroß und größer werden können und trotz strenger Asepsis — von septischen sehe ich ab — des öfteren eintreten. Sie wiederholen sich bei einzelnen Personen so konstant, daß man wohl eine spezielle Disposition annehmen möchte. Blaschko[2] sieht in ihrem Auftreten eine Kontraindikation gegen weitere Injektionen. In der Tat verursachen sie bereits nach wenigen Einspritzungen einen solchen Platzmangel, daß man nur mit Mühe eine Stelle für weitere Einstiche findet und gezwungen ist, weniger geeignete Stellen zu wählen. Auch bei späteren Kuren erschweren sie das Eindringen der Nadel und die Verteilung der Flüssigkeit.

Die dritte und wohl am meisten gefürchtete Komplikation sind die Lungenembolien. Diese können, wie Voss[3] hervorhebt, entweder eine periphere Lungenarterie betreffen und dann einige Augenblicke nach der Injektion sich durch Hustenanfälle, Angst usw. kundgeben, oder ein mehr zentral gelegenes Gefäß ergreifen, und dann erst nach mehreren Stunden eine schleichend einsetzende und unter schweren Erscheinungen einer Pneumonie verlaufende Entzündung hervorrufen, die mehrere Wochen dauern kann.

Eine vierte Gefahr liegt in plötzlich eintretenden Intoxikationen, welche in Gestalt von schweren Enteritiden, Stomatitiden usw. auftreten. Sie können, wie Bizard[4] für das graue Öl erwähnt, 22 ja 27 Tage nach der Einspritzung eintreten. Hierbei möchte ich vor dem Einspritzen unlöslicher Hg-Verbindungen bei Bettlägerigen warnen. In zwei Fällen, wo ich mich wegen schwerer Erscheinungen dazu entschloß, erlebte ich schwere Enteritiden mit Kollapserscheinungen. Umgekehrt vertrugen Patienten, welche nach den Einspritzungen ausgiebige Körperbewegungen machten, z. B. kegelten, die Injektionen besonders gut.

---

[2] Verhandl. der 73. Versammlg. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Hamburg.

[3] Über Hg-paraffinembolien. *Derm. Zeitschr.* Bd. XI. Heft 7.

[4] *Annales de ther. Derm. et syph.* 1905. Bd. V. Nr. 21.

Die Anwendung des LANGschen grauen Öls, welches neuerdings wieder warm empfohlen und von DUHOT[5], BARTHÉLÉMY, SCHWAB und LEVY-BING[6] sogar bei Säuglingen angewendet wird, dürfte wohl durch die Publikation von OCTAVE CLAUDE und DOBROVICI[7], welche von fünf Todesfällen nach diesem Mittel berichten, stark eingeschränkt werden.

Um diese Nachteile der unlöslichen Quecksilberverbindungen zu vermeiden, wurde eine Reihe von bekannten Vorsichtsmafsregeln empfohlen, von denen ich einige erwähne. Am wichtigsten ist die LESSERsche, von MÖLLER sehr befürwortete Vorschrift, nach Einstich die Spritze abzunehmen und abzuwarten, ob nicht Blut hervorquillt, als Zeichen, dafs eine Vene angestochen wurde. FELIX PINKUS[8] geht weiter und rät (allerdings bei den analogen Jodipineinspritzungen), nach ein bis zwei Minuten langem Warten noch mit der Spritze anzusaugen und weitere ein bis zwei Minuten zu warten, ob Blut herausquillt.

GROSZ[9] hat in den Nates ein Dreieck konstruiert, welches sich für die Injektionen am besten eignet. Der unterste Punkt liegt in der Trochanterenlinie, in der Mitte zwischen Tubera ossis ischii und Trochanter, der zweite Punkt in der Mitte der Trochanteren- und Spinallinie, der dritte in der Mitte zwischen Trochanter und Crena ani. Er empfiehlt, um in der Muskelsubstanz des Glutaeus maximus zu bleiben und die Flüssigkeit längs der Muskelfasern zu verteilen, nicht senkrecht, sondern schräge in den Muskel einzustechen, dadurch, dafs man die Spritze von aufsen unten nach innen oben bewegt. Ferner mufs darauf geachtet werden, wirklich in das Muskelgewebe zu gelangen, und daher ist bei mageren eine kürzere, bei fetteren Personen eine längere (bis zu 8 cm BIZARD) Nadel anzuwenden. Bekannt sind auch die Anweisungen, keine Flüssigkeit in den Stichkanal gelangen zu lassen.

Alle diese Vorsichtsmafsregeln haben jedenfalls dazu beigetragen, dafs die Embolien viel seltener geworden sind. Ich verweise auf die Statistiken von MÖLLER[10], BLASCHKO[11], VOSS[12], GROUVEN[13] und anderer.

Trotzdem sind sie — wie auch VOSS zugibt — ebensowenig ganz zu vermeiden, wie die Infiltrate. Es kann der Fall eintreten, dafs die Nadel so tief eingedrungen ist, dafs ihre Spitze gerade die Venenwand berührt.

---

[5] *Policlinique centrale.* 1904. S. 247.

[6] *La Syphilis.* Juli 1904.

[7] *Annales des Maladies vénériennes.* Sept. 1906. Bd. I. Heft 2.

[8] *Med. Klinik.* 1905. 1. Jahrg. Nr. 6.

[9] *Archiv für Derm. u. Syph.* Bd. 72. Heft 1.

[10] *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 55. Heft 2.

[11] *Berl. klin. Wochenschr.* 1901. Nr. 2 u. 3.

[12] *l. c.*

[13] Verhandlg. d. 73. Versammlg. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Hamburg.

Blut tritt weder spontan noch beim Ansaugen aus dem Nadelansatz heraus. Beim Andrücken der Spritze jedoch dringt die Nadel in das Gefäſslumen und der Inhalt entleert sich direkt in die Vene. Umgekehrt kann eine Vene bereits ganz durchstochen sein und die Nadelspitze jenseits derselben sich befinden, bei der Einspritzung jedoch oder durch Muskelkontraktion zurückweichen und wieder in das Lumen zurückgelangen. In beiden Fällen ist eine Embolie die Folge, ohne daſs uns der Blutaustritt gewarnt hätte.

Um auch für diese Fälle wenigstens einigermaſsen gesichert zu sein, wende ich seit einiger Zeit — bis dahin mit Erfolg — folgende Vorsichtsmaſsregel an:

Nachdem die Nadel mit Alkohol durchgespritzt — ich halte die Nadeln ständig in einem Gefäſs mit Alkohol, wodurch sie vor Rosten bewahrt und aseptisch gehalten werden — und die möglichst hoch und auſsen gelegene Hautstelle mit Spiritus gereinigt worden ist, wird die Nadel mit einem Ruck eingestochen und die Spritze abgenommen. Tritt nach etwa einer Minute weder Blut aus, noch wölbt sich die Flüssigkeit hervor, trotz Bewegungen der Nates, dann setze ich die Spritze auf und injiziere vorsichtig ein bis zwei Teilstriche, und lasse den stehenden Patienten tief atmen. Erst wenn er keinerlei Hustenreiz noch Beklemmung im Verlaufe von ein bis zwei Minuten empfindet, injiziere ich den Rest. Zeigt sich dagegen Blut, oder äuſsert der Kranke Hustenreiz usw., muſs natürlich an anderer Stelle eingestochen werden, was man zuweilen drei- bis viermal wiederholen muſs. Erwähnen muſs ich, daſs bei nervösen Patienten zuweilen durch den Shoc des Einstichs eine leichte Beklemmung eintritt, die jedoch bald vorübergeht.

Diese probeweise Einspritzung eines minimalen Quantums hat den Zweck, in den Fällen, wo sonst keine Anzeichen für die Möglichkeit einer Embolie vorliegen, uns noch rechtzeitig vor der Einspritzung des ganzen Inhalts zu warnen. Man könnte vielleicht einwenden, daſs diese Maſsregel nur für die oben erwähnten peripheren Embolien von Wert sein kann, da die zentralen nach Voss anfänglich keine Erscheinungen hervorrufen. Ich gebe das gern zu, doch muſs ich erwähnen, daſs nach meinen Erfahrungen jede Embolie, — und ich habe im Laufe der Jahre einige recht schwere, also offenbar ein zentrales Lungengefäſs betreffende erlebt — sich stets durch einige Augenblicke nach der Injektion eintretenden Hustenreiz und Beklemmung dokumentierte.

Im letzten halben Jahre habe ich bei 340 Einspritzungen bei 30 Patienten in dieser Weise verfahren und keine Embolie erlebt. Die Zahl ist natürlich viel zu gering, um beweisend zu sein, immerhin dürfte selbst vom theoretischen Standpunkte aus diese Vorsichtsmaſsregel begründet sein.

Weiterhin war mein Bestreben dahin gerichtet, die Schmerzhaftigkeit und die Infiltrate bei den Einspritzungen möglichst zu verringern. Ich ging hierbei von der Voraussetzung aus, daſs nicht das Hg salicylicum, als vielmehr das Paraffin diese Unbequemlichkeiten verursacht. Ich sah mich nach anderen Vehikeln um, und versuchte zunächst eine Vasenolsuspension von Koepp. Doch war, abgesehen von der Dickflüssigkeit des Mittels, die Injektion derartig schmerzhaft und zum Teil von Infiltraten begleitet, daſs ich bald davon Abstand nahm. Dieselbe Erfahrung hat auch Schnabel[14] gemacht.

Nunmehr versuchte ich das Paraffin durch Ol. amygdal. dulc., welches Wolf zur Zubereitung des grauen Öls gebraucht hat, zu ersetzen und konnte zu meiner Überraschung feststellen, daſs die Einspritzungen bedeutend weniger schmerzhaft waren. Als aber unter 77 Einspritzungen bei sechs Patienten trotz aller Vorsicht (die oben erwähnte probeweise Einspritzung übte ich allerdings damals nicht) vier Embolien, davon eine unter den Erscheinungen einer Pneumonie, eintraten, verlieſs ich auch dieses Mittel. Es scheint, daſs die Embolien dadurch verursacht waren, daſs die etwas klebrige Suspension die Kanüle verstopfte und der warnende Blutaustritt verhindert wurde.

Nach diesen wenig erfreulichen Versuchen wandte ich mich dem alten Oleum olivarum zu. Der Gedanke ist nicht neu, denn schon vor 20 Jahren hat es Neisser für das Kalomel angewendet und Lesser erwähnt in seinem Lehrbuch von 1893 eine Hg salicylicum-Suspension in Öl. Es scheint aber dem Paraffinum liquidum den Platz geräumt zu haben, da ich in der Literatur der letzten zehn Jahre keinerlei Erwähnung dieser Kombination finden konnte.

Die Versuche mit dem Olivenöl hatten nun einen auſserordentlich befriedigenden, ja in mehreren Fällen überraschenden Erfolg, so daſs ich es seit einem halben Jahre ausschlieſslich anwende. Es zeigte sich, daſs die Injektionen sehr gut vertragen wurden. Insbesondere war die Schmerzhaftigkeit ganz bedeutend geringer wie bei den Paraffininjektionen, zuweilen gar nicht vorhanden. Infiltrate waren ebensowenig wie Embolien zu verzeichnen. Zur Illustration lasse ich die kurzen Notizen über eine Reihe von 30 Patienten folgen, bei denen 325 Einspritzungen mit der Ölsuspension gemacht wurden.

1. W. Ch. Vor 25 Jahren Lues durchgemacht und behandelt, erscheint 1904 mit starker Verhärtung an der Corona glandis, die ganz einer Sklerose ähnlich ist. (Reinfektion?) Drei Injektionskuren mit 10 %igem Hg salicylicum in Paraffinsuspension. Infiltrate, Schmerzen, regelmäſsige, starke Diarrhoe (später durch fünf Tropfen Opium prophylaktisch gestopft).

---

[14] *Deutsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 51.

Erscheint März 1907 mit Glossitis gummosa. Einspritzungen mit Ölsuspension. Patient ist erstaunt über Leichtigkeit und Schmerzlosigkeit der Kur. Aus Versehen vergifst er die übliche Dosis Opium zu nehmen, trotzdem keine Diarrhoe. Nach sechs Injektionen à 0,1 Hg salicylicum und Joddarreichung Zunge normal.

2. R. K. Sklerose. Roseola. Injektionen mit Ölsuspension. Elfte probeweise mit Paraffin-Hg ohne Wissen des Kranken. Patient klagt über Schmerzhaftigkeit dieser Injektion, während die übrigen ganz beschwerdefrei.

3. H. Roseola rezidiv. März 1906 blutet Patient bei ersten sechs Einspritzungen, so dafs mehrfaches Einstechen nötig. Wegen Gefahr der Embolie Sublimateinspritzungen, sehr schmerzhaft. November 1906 Ölsuspension. Patient gibt an, dafs Kur bedeutend leichter ist. Neunte, mit Paraffin-Hg gemachte Einspritzung verursacht intensive Schmerzen. Folgende drei Öleinspritzungen wieder schmerzlos.

4. Z. S. Roseola, papulae ad anum. Verträgt früher auch Paraffininjektionen, fühlt sich jedoch nach Ölsuspension bedeutend wohler.

5. F. W. Rupia. Findet (nach früheren Paraffininjektionen) Ölsuspension viel angenehmer.

6. J. H. Erhält Mandelölsuspension, die keine Schmerzen verursacht. Wegen Stomatitis zeitweise ausgesetzt.

7. v. M. Ulcus durum, Roseola. 1905. Zunächst zwei Paraffininjektionen. Schmerz, Fieber. Dritte mit Oleum Amygdalarum schmerzlos. Vierte ebenso, aber periphere Embolie. Weitere acht Injektionen leidlich ertragen. Vierzehn Tage nach letzter Injektion Hemiplegie. Nach Jod völlige Restitutio ad integrum. Februar 1906 erhält Patient zwölf Paraffininjektionen, welche leidlich ertragen werden, doch schmerzhaft sind. Einreibungen in Wiesbaden.

8. B. D. Drei Kuren mit Paraffinsuspension leidlich ertragen. Vierte mit Oleum. Amygdalarum, doch bei zwölfter Injektion Embolie. Fünfte Kur mit Ölsuspension. Patient hebt bedeutenden Unterschied in der Schmerzhaftigkeit bei der letzteren hervor.

9. J. W. Neurastheniker. Nach früheren zwei Paraffinkuren, die schwer ertragen, zwei Kuren mit Ölsuspension. Patient erklärt sie spontan für bedeutend leichter und angenehmer.

10. W. R. Früher Paraffin. Jetzt zwölf Spritzen mit Öl. Erklärt letztere im Vergleich zu früheren für fast schmerzlos.

11. B. Hat bereits mehrere Kuren unter Beschwerden durchgemacht. Zehn Injektionen mit Ölsuspension erscheinen viel leichter.

12. v. P. Rezidiv. Zwölf Injektionen anstandslos vertragen.

13. F. P. Ulcerierende Papeln. Acht Injektionen mit minimalen Beschwerden.

14. M. N. Ulcus induratum, Roseola. Zwei Kuren mit Ölsuspension leicht durchgemacht.

15. v. Z. Früher Paraffininjektionen, wobei Infiltrate und Schmerzen, jetzt fünf Ölinjektionen ohne alle Beschwerden.

16. E. W. Früher Paraffin. Jetzt zwei Kuren mit Öl. Erklärt sie für wesentlich angenehmer.

17. N. Verträgt anstandslos Ölinjektionen.

18. M. (Frau) fühlt sich nach einer Injektion geschwächt und scheidet aus.

19. E. v. B. Neun Injektionen sehr gut vertragen.

20. St. K. Vier Paraffinkuren sehr lästig. Fünfte Kur mit Ölsuspension. Ist erstaunt über Leichtigkeit der Kur.

21. M. Früher Einreibungskur. Ist überrascht über Bequemlichkeit der (gefürchteten) Injektionskur. Einspritzungen, aufser der letzten, schmerzlos. Nach den ersten vier etwas Mattigkeit, durch Extr. Chinae Nanning gehoben.

22. C. B. Alte Lues. Zwölf Injektionen glatt vertragen. Jodismus nach Jodkali. Durch gleichzeitiges β-Sulfopyrin gehoben.

23. W. K. Lues vor sieben Jahren. Zehn Injektionen wegen Zungenulcerationen. Zweite Einspritzung etwas schmerzhaft. Bei Injektionen links stets wiederkehrende Mattigkeit, sonst beschwerdefrei.

24. A. O. Papulae, Roseola. Zwölf Injektionen ausgezeichnet vertragen.

25. M. S. Alte, wenig behandelte Lues. (Vierzehn Tage Schmierkur vor sieben Jahren.) Heiserkeit, Ulcera im Rachen und an den Mandeln, Jod. Zehn Injektionen. Erste leicht schmerzhaft, nach vierter Schwächegefühl, sonst schmerzlos. Stimme klar, Ulcera völlig verheilt.

26. P. Früher zwei Paraffinkuren. Infiltrate, Schmerzen. Jetzt Ölsuspension ohne alle Beschwerden.

27. C. K. Ebenso.

28. F. A. Schwere, hartnäckig rezidivierende Rachen- und Zungenlues. Einreibungen wenig Erfolg. Zwölf Ölinjektionen ohne Beschwerden. Ausheilen der Ulcerationen und Plaques.

29. D. Sklerose, Roseola. Zehn Injektionen. Aufser der vierten beschwerdefrei.

30. M. S. Papulöses Syphilid. Verträgt Injektionen ausgezeichnet.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, dafs von den 325 Einspritzungen mit Ölsuspension nur vier (je eine im Fall 18, 23, 25, 29) als schmerzhaft angegeben wurden, sonst aber die Injektionen ausgezeichnet vertragen wurden, abgesehen natürlich von gewissem Unbehagen. Besonders wertvoll erscheint der Vergleich mit vorhergegangenen Paraffininjektionen. Es hatten dreizehn Patienten früher Paraffininjektionen

erhalten und diese (abgesehen von Fall 4 und 5) sehr schlecht vertragen. Alle diese heben ausdrücklich den grofsen Unterschied in der Schmerzhaftigkeit bei den Ölinjektionen hervor. Fall 2 und 3, wo zwischen die Öleinspritzungen ohne Wissen der Patienten eine Paraffinspritze eingeschoben wurde und diese spontan als sehr schmerzhaft gekennzeichnet wurde, ist besonders beweisend.

Bei den übrigen Fällen, welche zum ersten Male eine Injektionskur machten, und daher ein Vergleich mit der Paraffinkur nicht zu machen war, wurden die Öleinspritzungen viel leichter ertragen, als ich es von früheren Paraffinkuren bei anderen Patienten gewohnt war.

Als besonders günstig mufs ich das Fehlen von Infiltraten bezeichnen, welches ich bei den erwähnten Fällen mit einer Ausnahme (Fall 23), wo sich einmal ein leichtes, schnell vorübergehendes Infiltrat im Stichkanal zeigte, kein einziges Mal beobachtet habe. Ob das Fehlen der Embolien dem Vehikel, oder der Vorsichtsmafsregel, oder einfach dem Zufall zuzuschreiben ist, lasse ich dahingestellt.

Hervorheben mufs ich, dafs die Hg salicylicum-Ölsuspensionen einen etwas zäheren Bodensatz haben als die Paraffinsuspensionen. Man mufs sie also etwas kräftiger schütteln, am besten unter leichtem Erwärmen über der Flamme, um eine gleichmäfsige Verteilung zu erzielen. Dafs nicht etwa die Einspritzungen deshalb leichter vertragen werden, dafs sie infolge dieser Eigenschaft der Suspension weniger konzentriert waren, geht daraus hervor, dafs die den Rest der Flasche — also eventuell konzentriertere Suspension — enthaltenden Spritzen ebensogut vertragen wurden. Auch die prompte Wirkung der Injektionen widerlegt diese Annahme. Ein Ranzigwerden der Suspension habe ich nicht feststellen können.

Auf Grund der beschriebenen Beobachtungen mufs man annehmen, dafs das Olivenöl bei den Injektionen viel schwächere Reaktion als das Paraffin hervorruft, und daher bedeutend geringere Beschwerden und — soweit ich aus meinen Fällen schließen kann — keine oder wenigstens weit seltener Infiltrate verursacht.

Ich kann daher die Anwendung des Olivenöls als Vehikel für die Hg salicylicum-Injektionen aufs angelegentlichste empfehlen. In zweiter Linie empfehle ich zur Nachprüfung die oben beschriebene probeweise Injektion kleiner Mengen des Mittels, um einer drohenden Lungenembolie beizeiten aus dem Wege zu gehen.

Aus dem königlichen dermopathischen Institut KARL ALBERT.
(St. Ludwig-Hospital in Turin.)

Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum.

Klinische und histopathologische Studie mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentfrage.

Von

Dr. KARL VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie an der königlichen Universität zu Bologna.

Mit einer Abbildung im Text und einer Tafel.

Die von BRÜDER zum ersten Mal und sodann von KAPOSI in den Jahren 1870 und 1882 unter dem Namen Xeroderma pigmentosum beschriebene Krankheit ist seither von den vielen Autoren mit den verschiedensten Namen bezeichnet worden. GEBER (im Jahre 1874) nannte sie eine seltene Form von Naevus, NEISSER (im Jahre 1880) Lioderma essentiale cum Melanosi et Telangiektasi, TAYLOR (1878) Angioma pigmentarium atrophicum. VIDAL (1883) begnügte sich damit, sie die Krankheit KAPOSIS zu nennen und PICK (1884) führte das neue Appellativ Melanosis lenticularis progressiva ein. Ebenso lassen sich als Synonyme folgende Bezeichnungen anführen: Atrophoderma pigmentosum von CROCKER (1884), Epitheliomatosis pigmentaria oder Pigmentosis epithelialis von BESNIER (1882), die Maladie pigmentaire epitheliomateuse oder Lentigo epitheliomateux von QUINQUAUD (1889), die Melanodermia atrophica von PRINGLE (1891). Im Jahre 1894 stellte T. DE AMICIS unter der Bezeichnung Xeroderma pigmentosum epitheliomatosum die wichtigsten Merkmale dieser Affektion zusammen, nämlich die Trockenheit und Verdünnung der Haut, die vorherrschende Pigmenthypertophie und die nachfolgende Neubildung.

Bis zum Jahre 1885 betrug die Anzahl der gesammelten Fälle 90 (LUKASIEVICZ). Im Jahre 1899 waren es nach MENDES DA COSTA 103. KARL FORSTER reduzierte die von HALLE auf 186 gebrachte Zahl von wahren Fällen von Xeroderma pigmentosum auf 150, weil es sich herausstellte, daſs einzelne Fälle doppelt berechnet worden waren. Im Jahre 1905 erschien die Dissertation von FRANCOZ über diesen Gegenstand und in den letzten Jahren sind weitere Fälle veröffentlicht worden: ISCHSEYT (1904), MARTIN, OKMO, TSUTSUI, FAWCETT, MALCOLM MORRIS, SCHERBER.

Sichel, Zumbusch, Bandler, Pollitzer, Rudisch, Nicolas und Favre, Balzer und Merle, Audry (1907).

Es handelt sich immer um eine seltene und in ihrer Ätiologie und Pathogenese noch dunkle Dermatose, so daſs jeder neue Fall ein nützlicher Beitrag zur Aufklärung dieser Fragen sein kann. Einen typischen Fall habe ich nun in meiner Poliklinik zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Anamnese. (Dezember 1905.) Angele C., drei Jahre alt, aus Turin. Urgroſseltern in hohem Alter gestorben; der Groſsvater mütterlicherseits starb an progressiver Paralyse; eine Schwester der Mutter leidet an Lupus vulgaris. Die Urgroſsmutter väterlicher- und die Urgroſsmutter mütterlicherseits waren Schwestern. Vater und Mutter sind somit blutsverwandt, nämlich Vetter im zweiten Grade; keiner der Eltern ist jüdischer Abstammung.

Die Groſsmutter väterlicherseits hatte rote Haare, sowie Epheliden im Gesicht und auf den Händen; ein Bruder des Vaters hatte schwarzes Kopf- und rotes Backenhaar; er starb noch jung an Syphilis. Zwei Brüder des Vaters starben noch sehr jung; sie hatten rote Haare. Zwei Brüder und eine Schwester des Vaters sind blond. Vater und Mutter haben schwarze Haare, der Vater hat einen etwas ins Kastanienbraun stechenden Backenbart, schwarze Brauen und Wimpern, dunkle Augen, braune Haut, die Mutter schwarze Brauen und Wimpern, dunkle Augen, blasse, zarte, wenig pigmentierte Haut. Der Vater ist gesund, die Mutter ist von etwas schwächlicher Konstitution, anämisch; in ihrer Kindheit hat sie keine schweren Krankheiten durchgemacht, dagegen mit 12 Jahren Typhus; mit 14 Jahren menstruiert; Regeln stets unregelmäſsig. Sie verheiratete sich im Alter von 22 Jahren und ein Jahr danach hatte sie ein gesundes Mädchen, das nun sieben Jahre alt, von etwas zärtlicher Konstitution ist, rote Haare und eine dünne, glatte, bleiche, zarte und wenig pigmentierte Haut hat. Im Gesicht hat es einige punkt- und linsenförmige Flecke von mehr oder weniger dunkelgelblicher Farbe. Diese Flecke sind nach dem dritten Jahre aufgetreten ohne vorausgegangene entzündliche Erscheinungen, soweit dies wenigstens die Eltern konstatiert haben. An diesen Flecken fehlt jede Desquamation, jede ist auf ihrer ganzen Oberfläche gleichmäſsig gefärbt. Sie ist nicht über die Umgebung erhaben und von normaler Konsistenz; jede Art subjektiver Beschwerden fehlt. Drei Jahre nach diesem Mädchen hatte die Mutter einen Knaben, der nach vier Monaten an eingeklemmtem Nabelbruch starb. Nachher kam ein Abortus. Nach weiteren zwei Jahren hatte die Frau eine weitere Schwangerschaft, die nach einem schweren, in manigfaltiger Weise gestörten Verlaufe mit der Geburt des Kindes endigte, das das Material zu dieser Arbeit geliefert hat. Bei der Geburt erschien es vollständig gesund und kräftig; Flecke auf der Haut fanden sich nirgends. Nach dieser Geburt hatte die Frau

noch zwei Aborti. Das Kind wurde einer gesunden, kräftigen Amme in Pflege gegeben, bei der es bis zum Alter von 2½ Jahren verblieb. Bereits im Alter von 16 Monaten begannen, nach Angabe der Eltern, während des Sommers, rote, punktförmige oder linsenartige Flecke und dann kleine gelbbraune Maculae im Gesicht aufzutreten. Das Kind schien gemütlich, sehr wenig lebhaft und obwohl sich sein Zustand stets verschlimmerte, fiel dies der Umgebung wenig auf. Als ich es dann endlich in meiner Poliklinik zur Untersuchung bekam, konstatierte ich folgenden Status: Regelmäſsiger Knochenwuchs. Allgemeiner Körperzustand gut. Abgesehen von einer geringfügigen Vergröſserung der Milz war an den inneren Organen nichts Abnormes zu finden. Stuhlgang unregelmäſsig. Haare, Brauen und Wimpern von rötlicher Farbe. Haut blaſs, wenig pigmentiert, auſser an den Stellen, wo sich die Dermatose entwickelt hat. Die letztere ist vornehmlich im Gesicht und auf dem Nacken lokalisiert, dann auf den Dorsalflächen der Hände, die Verteilung ist symmetrisch. An diesen Stellen ist die Haut nicht normal und zwar sowohl was die Dicke derselben als was die Konsistenz, Elastizität und Färbung anbelangt. Besonders im Gesicht ist die Haut trocken, bald mehr bald weniger, von fester Konsistenz, an manchen Stellen wie atrophisches Narbengewebe aussehend. Da und dort zerstreut sieht man erythematöse Pünktchen oder linsengroſse Flecke, dann aber wirkliche linsen- oder punktförmige Flecke von mehr oder weniger dunkelgelber bis brauner Färbung, glatter Oberfläche und ohne Schuppenbildung. An einzelnen Hautstellen konstatiert man eine pityriasisartige Abschuppung. Subjektive Beschwerden fehlen.



Auf der linken Wange nahe am Kinn findet sich eine erbsengrofse, braune, etwas erhabene Plaque von etwas fester Konsistenz, unregelmäfsiger Gestalt, glatter Oberfläche, ohne Abschuppung, ohne Anzeichen von Exkoration oder Ulceration und bei der Palpation schmerzlos. Nach den Angaben der Eltern soll sich diese Plaque innerhalb drei Monaten ziemlich vergröfsert haben. Es besteht Blepharospasmus und Lichtscheu, verursacht durch eine Blepharoconjunctivitis. Die Conjunctiva der Lider ist gerötet, die Wimpern sind zum Teil ausgefallen und am unteren Lid besteht ein mäfsiges Ektropion. Die Cornea ist normal, die Iris von hellbrauner Färbung, Die Mundschleimhaut ist normal, die Lippenschleimhaut trocken, mit oberflächlichen Rhagaden. Epitheliome oder Geschwürsbildungen finden sich an keinen Stellen der erkrankten Hautpartien.

Der eigentümliche Gesichtsausdruck des Kindes hat das charakteristische Gepräge, welches de Amicis „facies xerodermatica pigmentaria“ nennt. Auf dem Nacken und den Handrücken ist die Dermatose wenig ausgeprägt. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind etwas vergröfsert. Keine Störungen von seiten des Nervensystems. Das Kind ist intelligent, schweigsam, zuweilen melancholisch(!) gestimmt.

Der Verlauf der Dermatose hat, solange sich der Patient unter meiner Beobachtung befand, keinen schweren Charakter gezeigt. Nur im Sommer bemerkte ich auf dem Gesicht das Auftreten von erythematösen, papelartigen, bläschenförmigen Elementen, welche in gutartiger Weise verliefen und einer entsprechenden Behandlung leicht wichen. Mit den exsudativen Erscheinungen im Gesicht verschlimmerte sich die Blepharo-Conjunctivitis wieder.

Die Diagnose von Xeroderma pigmentosum läfst wohl in unserem Falle keinen Zweifel zu. Das sich aus den erythematösen Flecken, den Pigmentationen und den atrophischen Erscheinungen zusammensetzende Symptomenbild hat beim Xeroderma pigmentosum etwas so Besonderes an sich, dafs es nach dem Ausspruche von Du Castel „unmöglich ist, diese Hautaffektion mit einer anderen zu verwechseln“. Durch das mehr oder weniger frühzeitige Hinzutreten von malignen Tumoren vervollständigt sich das klinische Syndrom der Dermatose.

In bezug auf das Alter, in welchem die Affektion auftrat, zeigte mein Fall nichts Besonderes. Das dreijährige Kind war nämlich 16 Monate alt, als sich die ersten Anzeichen der Krankheit bemerkbar machten. Das Xeroderma pigmentosum ist nämlich gerade eine Affektion der ersten Lebensjahre, die sich meist im Verlaufe der ersten drei entwickelt. Man findet zwar in der Literatur Fälle verzeichnet, wo sie nach dem dritten aufgetreten sein soll, meist dann bis zum zwölften, seltener später. Bei

einem Patienten von SCHWIMMER soll sie erst im 35sten Lebensjahre entstanden sein. UNNA hat ein Xeroderma pigmentosum tardivum beschrieben (Seemannshaut-Carcinom); diese Form, welche DU CASTEL als eine schwere Varietät von Epheliden betrachtet, würde hauptsächlich bei Leuten angetroffen, die auf dem Felde arbeiten und die somit mehr als andere den Unbilden der Witterung ausgesetzt sind. Diese Form zeigt wirklich grofse Analogien mit dem Xeroderma pigmentosum von KAPOSI. Obgleich aber KAPOSI selbst und andere in dieser Affektion eine „Senilitas cutis praecox" haben erblicken wollen und trotz den neueren histologischen Untersuchungen von LÖWENBACH darf man keineswegs die beiden Krankheiten mit einander identifizieren und sie von einem senilen Zustande der Haut abhängig machen. DÀLOUS und CONSTANTIN haben im Jahre 1905 eine Arbeit über die „épithéliomatose pigmentaire d'UNNA" veröffentlicht.

AUDRY findet zwar zwischen dem Xeroderma pigmentosum KAPOSI und dem Xeroderma pigmentosum tardivum gewisse Ähnlichkeiten, aber im grofsen und ganzen doch bedeutende Unterschiede. Sich auf die Arbeit von DALOUS und CONSTANTIN stützend, ist er der Ansicht, dafs das Xeroderma pigmentosum tardivum überhaupt gar nicht existiert, weil die nach KAPOSI genannte Krankheit als eine kongenitale Affektion, als eine Entwickelungsanomalie aufgefafst werden mufs, während die épithéliomatose pigmentaire von UNNA eine erworbene Affektion ist. „Il peut exister", sagt er, „des points communs dans leur complexus symptomatique, mais leur nature est différente, et les deux affections ne doivent pas être confondues, sans quoi l'on arriverait sans peine à qualifier de xeroderma pigmentosum bien des épithéliomatoses séniles. Et cette confusion, qui, à mon sens, a déjà été commise, est due à ce qu'on atribue une signification fort exagérée à la tradition initiale, doit être considérée comme très contingente et entièrement secondaire." In einzelnen Punkten stellen wir uns auf die Seite von AUDRY und was den histologischen Standpunkt anbelangt, so treten wir ohne weiteres in die Reihen der Gegner von KAPOSI. Über diesen Gegenstand liegt aber nur ein spärliches Material vor; ZEFIRINO FALCAO machte hierüber eine Mitteilung auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongrefs in London (1896). Dieser Autor berichtete nämlich über vier Fälle von Xeroderma pigmentosum bei Frauen im Alter von 72, 88, 89 und 90 Jahren. Er schlofs daraus, dafs das Xeroderma pigmentosum bei Individuen in sehr vorgeschrittenem Alter auftreten kann, wobei dann keratosische und atrophische Formen, während im Kindesalter die Pigmentation und die Gefäfsdilatationen vorherrschen. Bei älteren Individuen konstatiert man zwar an den Händen und im Gesicht auch eine gewisse Neigung zur Pigmentation und zur Bildung von epitheliomatösen Wucherungen. Wenn man aber auch in diesen Tatsachen Analogien erblicken will, so mufs man doch andererseits zugeben,

dafs die Läsionen der Cutis beim Xeroderma von Kaposi viel intensiver sind, als bei den senilen Veränderungen der Haut. Gegen die Auffassungsweise von Falcao erhebt sich auch Forster. In der Wiener dermatologischen Gesellschaft (1899) teilte Matzenauer einen Fall von Xeroderma bei einer 66jährigen Frau mit, Broers (1906) einen solchen bei einem 70jährigen Bauern. Nicolas und Favre (1906) beschrieben einen Fall von Xeroderma pigmentosum bei einem sechsjährigen Knaben und verglichen ihn mit einer senilen Dermatose, die sie bei einer 71jährigen Frau beobachtet hatten.

Der topographische Sitz der Läsion war in meinem Falle der übliche. Das Xeroderma pigmentosum hat einen ausgesprochenen regionalen Charakter; es zeigt eine Vorliebe für die unbedeckten Körperstellen (Gesicht, Handrücken, Nacken, Füfse [bei Leuten, die gewöhnlich barfufs gehen]); diese Vorliebe sollte von einer übermäfsigen Empfindlichkeit gegenüber den Sonnenstrahlen abhängen. Neisser fand rote Flecke auch auf der inneren Fläche der Oberschenkel (in einem Falle). Als ungewöhnliche Lokalisationen sind die Gegend des Epigastriums, der Rücken, die Brust, die Arme und Vorderarme, die Beine verzeichnet worden. Im Oktober 1899 hat Kaposi in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen 17jährigen Knaben mit Xeroderma vorgestellt, bei dem der ganze Körper abwechselnd mit atrophischen, weifsen, glänzenden Plaques und punktförmigen, dunkelbraunen Pigmentflecken überdeckt war. Solche Fälle mit Sitz der Läsionen an bedeckten Körperstellen dürfen jedoch nicht als Argumente gegen den Einflufs des Sonnenlichtes herangezogen werden. Forster bemerkt in dieser Hinsicht, wie man sich sehr wohl vorstellen könne, dafs die Haut nach und nach so empfindlich werde, dafs sogar kleine Mengen Licht auf sie einwirken, selbst durch die Kleider hindurch. Godreff will auch nachgewiesen haben, dafs die ultravioletten Strahlen die Kleider durchdringen. Pick, Monthus, Beck fanden Pigmentflecke an den Genitalien und in den Achselhöhlen; Forster in einem Falle eine retikuläre Pigmentation auf den Oberschenkeln. Das Xeroderma kann sich auch auf den Schleimhäuten lokalisieren und Geber hat erythematöse Plaques auf der Schleimhaut des Zahnfleisches, der Wangen, auf dem harten Gaumen beschrieben; Neumann hat Pigmentationen und Atrophie auf der Lippenschleimhaut gesehen. Couillaud and Danlos beschrieben Teleangiektasien auf der Schleimhaut der Lippen und des Zahnfleisches. Pick hat Teleangiektasien auf dem Gaumen und am Zungenrande, Greef auf dem Gaumen gesehen. Kaposi und Beck fanden Pigmentflecke auf der Zunge und auf dem Zahnfleisch. Nach Greef ist die Conjunctiva des Bulbus und der Lider ein Lieblingssitz des Xeroderma pigmentosum Kaposi, indem man darauf die verschiedensten Stadien der Affektion findet.

Vidal hat auf Pigmentationen der Conjunctiva der Lider und der Sklerotika hingewiesen.

Wie gesagt, hat das Xeroderma pigmentosum eine Vorliebe für das Kindesalter. Der Allgemeinzustand bleibt, wenigstens eine Zeitlang, unberührt. Die Dermatose verläuft nämlich mehr oder weniger langsam, ohne Anlafs zu Besorgnis zu geben, wenigstens für den, der sie nicht kennt. Früher oder später erreicht die Dermatose ihren Höhepunkt mit dem Auftreten einzelner oder multipler Neubildungen maligner Art und in diesem Stadium (Periode der Epitheliomatose) geht der Patient mehr oder weniger rasch zu Grunde. Die Prognose ist somit im Ganzen ziemlich schwer. Die Patienten mit Xeroderma sterben meist im jugendlichen Alter und erreichen selten mehr als das 12.—15. Jahr; als ein sehr seltenes Ereignis ist es zu betrachten, wenn sie bis zur Pubertät kommen. Derartige Angaben finden wir einige in der Literatur verzeichnet. Thibierge und Archambault haben ihre Patienten bis zum 25. Jahre verfolgen können. Ein Patient von Lukasiewicz zeigte carcinomatöse Neubildungen im Alter von 25 Jahren; Mendes da Costa (1899) berichtet über das Auftreten von Tumoren an den Lidern bei einem Jüngling von 21 Jahren, bei dem die Krankheit neun Jahre vorher angefangen hatte. In einem Falle von Monthus (1902) erschienen die Tumoren auf dem Lide im Alter von 15 Jahren. Du Castel (1902) berichtet über einen 19jährigen Burschen mit bösartigen Neubildungen, bei dem die ersten Anfänge des Xerodermas im Alter von acht Jahren aufgetreten waren. Der Fall von Bandler (1905) bezieht sich auf einen 24jährigen Mann, bei dem die Krankheit im 16. Monat aufgetreten war. Balzer und Merle (1906) haben in der französischen Gesellschaft für Dermatologie einen 21jährigen jungen Mann gezeigt, mit multiplen Epitheliomen im Gesicht, bei welchem die ersten Anzeichen der Affektion in den ersten Lebensjahren sichtbar geworden waren. Es folgt daraus, dafs da, wo noch keine Anzeichen von Epitheliom vorliegen, die Prognose verhältnismäfsig reserviert gestellt werden mufs. Ist es doch, wie in dem Falle von Riehl, vorgekommen, dafs die Patienten ein recht hohes Alter erreichten (71 Jahre). Man findet auch in der Literatur Beschreibungen von Fällen, wo sich die Patienten verheirateten und Kinder hatten, so z. B. in einem Falle von Dubois-Havenith und in einem anderen, von Du Castel mitgeteilten. Nach der Ansicht von Du Castel wäre es nicht unwahrscheinlich, dafs es Formen von „unvollständigem Xeroderma" gibt. Dieselben verlaufen sehr gelinde und lassen sich eigentlich erst als solche erkennen, wenn sich die epitheliomatösen Neubildungen zu entwickeln beginnen. Du Castel erwähnt bei dieser Gelegenheit einen Fall von Gaucher, der ein 29jähriges Mädchen betrifft; bei dieser Patientin waren von Anfang an die kongestiven und atrophischen Erscheinungen so wenig

ausgeprägt, dafs man die Diagnose von Xeroderma, blofs auf diese Symptome gestützt, kaum hätte stellen dürfen, wenn nicht später ein Epitheliom im Gesicht aufgetreten wäre. Im Jahre 1906 haben HALLOPEAU und MACÉ DE LÉPINAY in der französischen Gesellschaft für Dermatologie ein 11jähriges Mädchen vorgestellt, welches auf dem Gesicht verbreitete Pigmentflecke aufwies, von denen einige ein atrophisches, narbenartiges Aussehen hatten und tiefer als die Umgebung lagen. Diesem Falle gegenüber, welcher auf den ersten Blick als einfaches Lentigo erschien, glaubten die Verfasser es mit einem Xeroderma pigmentosum im Beginne zu tun zu haben und damit einen Beitrag zur Ansicht von BROCQ zu liefern, welcher annimmt, dafs es eine abgeschwächte Form von Xeroderma pigmentosum gibt, bei der es blos zur Bildung von Pigmentflecken kommt.

Das Auftreten von Tumoren braucht nicht immer den Verlauf der Krankheit sofort zu einem raschen und schweren zu gestalten. Es gibt zwar auch Fälle, bei denen dieser Verlauf verhältnismäfsig langsam und gutartig ist, ferner solche, wo nach Entfernung der Tumoren auf chirurgischem Wege oder mittelst Radiotherapie, die Lage der Patienten für kürzere oder längere Zeit beträchtlich gebessert werden konnte. JAMIESON berichtet, dafs er bei einem 12 Monate alten Kinde nach 84 Irradiationen das Verschwinden der Tumoren erzielt habe. ALLEN gelang es in einem Falle mit Hilfe der Radiotherapie das Auge seines Patienten vor dem Vordringen der Krankheit zu retten. Andere Autoren vermochten mit diesen Hilfsmitteln dagegen keine Besserung zu erzielen.

Die Tumoren können sich an den Prädilektionsstellen der Affektion entwickeln und zwar mit Vorliebe im Gesicht. Zuweilen sind sie sehr zahlreich, wie in den Fällen von VIDAL und BESNIER. GREEF hält die Conjunctiva der Lider und des Bulbus, sowie die Cornea für einen der häufigsten Sitze des Xeroderma und behauptet auch, dafs sich die Tumoren mit Vorliebe an diesen Orten entwickeln. MONTHUS hat neulich Untersuchungen über die Veränderungen an den Augen angestellt, welche Veränderungen er beim Xeroderma für sehr häufig erklärt; er behauptet auch, dafs die ersten Erscheinungen der Affektion in der Augengegend auftreten und dafs auch hier die bösartige Periode der Tumorenbildung besonders rasch eintritt. Diese Häufigkeit in der Augenregion dient andererseits als ein Argument zugunsten der Ansicht, welche das Sonnenlicht in der Pathogenese der Affektion eine wichtige Rolle spielen läfst. Wenn nun aber die Augenläsionen einerseits direkt von der Natur der Krankheit abhängen können (erythematöse Plaques, Pigmentationen, Telangiektasien, Neoplasmen), so können sie auch andererseits eine indirekte Folge derselben sein. Dies war bei meinem Patienten der Fall, wo man in der Augenklinik der Turiner Universität keine besonderen Veränderungen konstatiert

hatte; man fand da blos etwas Blepharitis und Conjunctivitis, verursacht durch ein leichtes Ektropion des unteren Lides, das seinerseits durch die skleröse Retraktion der Lidhaut bedingt war. Der mangelhafte Schutz der Lider infolge der atrophischen Retraktion, des Ektropions und der Districhiasis, welche dadurch verursacht werden, führt zuweilen zu Tränenflufs, Photophobie, Conjunctivitis und Cornealgeschwüren. Im allgemeinen sind die tieferen Membranen des Auges an dem Prozesse unbeteiligt. ELSCHNING hat bei einer 39jährigen Frau, die an Xeroderma litt, eine teilweise Atrophie der Iris beschrieben. Störungen der Augengegend wurden von ARNOZAN, ARCHAMBAULT, LUKASIEWICZ, WEST, LESSER, WESOLOWSKY, LAMBORELLE, MENDES DA COSTA, FORSTER, ISCHSEYT und anderen erwähnt. KÖLIN, BENZIGER und HEUSS haben ein Melanosarkom der Cornea beobachtet und DU CASTEL soll einen ähnlichen Fall gesehen haben.

Wir haben bereits weiter oben bemerkt, wie Pigmentierungen und Teleangiektasien verhältnismäfsig häufig auf der Mundschleimhaut von Xeroderma-Patienten angetroffen werden. Selten sollen dagegen Tumoren der Mundschleimhaut sein. KAPOSI (1899) hat zwei Tumoren bei einem 17jährigen Knaben auf beiden Seiten der Zunge entstehen sehen. Einen ähnlichen Fall erwähnte LÖWENBACH. PICK fand bei einem seiner Patienten einen Tumor auf dem Zahnfleisch, FORSTER ein isoliertes Carcinom auf der inneren Fläche der Oberlippe.

DE BEURMANN und GOUGEROT haben im März 1906 in der französischen Gesellschaft einen 67jährigen Patienten vorgestellt, bei dem neben dem Hautsyndrom des Xeroderma pigmentosum ein Magenepitheliom bestand, so dafs „on a pu dire d'une manière un peu fantaisiste que c'était un xeroderma pigmentosum dont l'épithélioma était à l'estomac". Dieser Auffassungsweise gegenüber will ich aber nicht wiederholen, was ich bereits weiter oben über das Xeroderma pigmentosum tarvidum gesagt habe. VIDAL unterschied beim Xeroderma pigmentosum drei Stadien: Das erste sollte sich durch das Auftreten von erythematösen und Pigmentplaques kennzeichnen, das zweite durch die Atrophie der Cutis, das dritte durch das Auftreten von bösartigen Tumoren.

So weit ich dies an meinem Falle beobachten konnte, gestützt auf den histologischen Befund, worüber ich mich später ausführlicher auslassen werde, halte ich dafür, dafs das Xeroderma pigmentosum mit einem erythematösen Stadium beginnt, bei welchem Erythem der Begriff Dermitis ausgedrückt werden soll. Auf diese primäre Elementarläsion folgen mehr oder weniger frühzeitig und mit verschiedener Intensität, als sekundäre Erscheinungen, Sklerose, Atrophie, Pigmentierung, welche dem klinischen Bilde ein besonderes polymorphes Gepräge erteilen, wenn man sich so nicht ganz den Tatsachen entsprechend ausdrücken will, indem die im

Anfange monomorphe Dermatose erst später infolge der Umwandlung der primären Elementarform ein so buntes Aussehen annehmen würde. HALLOPEAU sah die Reihe der pathologischen Erscheinungen durch das Auftreten von Pigmentflecken eröffnet. Auch ADRIAN hat kein erythematöses Stadium vor der Pigmentation konstatiert. Für wahrscheinlicher halte ich es aber, daſs zuweilen das erythematöse Stadium klinisch nicht erkennbar ist und daſs demnach die Pigmentflecke, welche HALLOPEAU und ADRIAN als Initialstadium der Affektion angesehen haben, nur scheinbar als solches betrachtet werden kann.

AUDRY (1907) hat einen Fall von Xeroderma pigmentosum ohne Pigmentation beschrieben. Es handelt sich um einen Bauern von 24 Jahren, bei dem der Anfang der Affektion bis zur Kindheit hinaufreichte und der nun ein Epitheliom an der Unterlippe entstehen sah. Nach meiner Auffassungsweise, wonach also die Pigmentation eine sekundäre Erscheinung wäre, läſst sich aus dem ausnahmsweisen Fehlen der Pigmentation das Fehlen einer Erscheinung erklären, welche sonst gewöhnlich für die Krankheit charakteristisch ist.

Die Haut in den affizierten Regionen wird mit der Zeit atrophisch, dünn, sklerös, trocken, zieht sich wie eine Narbe zusammen und erscheint deshalb glatt und glänzend wie Pergament. Wie ich bereits hervorgehoben, waren in meinem Falle die Retraktion und Atrophie der Haut noch nicht sehr ausgesprochen. Es sind Fälle beschrieben worden, wo es bis zur Atresie der Nasenlöcher und des Mundes und zur Xerosis der Cornea gekommen war. In verschiedenen Zwischenräumen können dann an den erkrankten Partien bläschenförmige ekzematöse Komplikationen eintreten, die aber nur einen vorübergehenden Charakter zeigen und rasch einer passenden Behandlung weichen.

So lange das Hautsyndrom nicht durch das Auftreten von Epitheliomen vervollständigt ist, klagen die Patienten, wie gesagt, nicht über allgemeine Störungen. Sie sehen scheinbar ganz gut aus. In meinem Falle habe ich aber eine Milzvergröſserung und Unregelmäſsigkeit in der Darmfunktion konstatiert, solchen Grades jedoch, daſs die Eltern dies lange Zeit gar nicht bemerkten.

Einzelne Autoren haben an ihren Patienten Blutuntersuchungen angestellt. So fand GAGEY (1896) Leukocytämie bei einem 14jährigen Knaben. OKAMURA konstatierte (1900) bei drei Patienten im Alter von resp. 8, 17 und 29 Jahren, alle mit Xeroderma begleitet von Tumoren, eine Vermehrung der Leukocyten und eine Abnahme der roten Blutkörperchen, sowie des Hämoglobins. Die Oligocythämie und die beträchtliche Leukocytose brachte er in Zusammenhang mit der Tatsache, daſs die Läsion der Haut Funktionsstörungen in den blutbildenden Organen verursacht haben sollte, welche Theorie von BAYARD bekämpft wurde.

Nach ADRIAN sollten diese Veränderungen vielmehr von der Existenz der Tumoren selbst abhängen. Ähnliche Resultate wie OKAMURA hat dagegen RIECKE-Halle (1903) bei einem siebenjährigen Mädchen gefunden, das bereits zahlreiche Neoplasmata aufwies. BAYARD fand keine Leukocyten, beschrieb aber in seinen Blutuntersuchungen das Vorkommen von punktierten Erythrozyten. Ebenso fand auch ADRIAN bei einem 23 Monate alten Knaben keine Leukocytose, dagegen eine leichte Abnahme des Hämoglobins trotz einer Zunahme der roten Blutkörperchen. Im grofsen und ganzen jedoch waren die Verhältnisse ungefähr normal.

Aus den wenigen Untersuchungen, die bis heute vorliegen, kann man sich noch keine exakte Vorstellung über das Vorhandensein oder Fehlen von besonderen Veränderungen des Blutes bei Xerodermapatienten machen. Man sollte nämlich diese Untersuchungen systematisch in jedem Falle durchführen und erst nach vielen Beobachtungen in den verschiedensten Stadien der Krankheit, von deren Anfang an, würde man vielleicht zu einem positiven Resultat kommen.

Die Eltern meines Patienten verweigerten mir die Vornahme einer Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung. Aus dem wenigen, was ich unternehmen konnte, scheint hervorzugehen, dafs das Verhältnis der roten zu den weifsen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt ungefähr normal waren. Auf Trockenpräparaten, nach der Methode von NIKIKOROFF, zeigten sich die roten Blutkörperchen meist gut erhalten; poikilocytische Bildungen waren selten. Ferner fand ich folgende Werte:

kernhaltige rote Blutkörperchen	0,5 %
Lymphocyten	10 %
einkernige weifse Blutkörperchen . . .	26 %
mehrkernige weifse „ . . .	32 %
polymorphe „ „ . . .	29 %
eosinophile „ „ . . .	3 %

Billigerweise lassen sich hieraus keine Schlüsse ziehen.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Juni 1907.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. E. Lesser demonstriert ein 2½jähriges Kind mit **generalisierter Vaccine** und macht auf die Gefahr der Vaccineausbreitung auf den ganzen Körper aufmerksam, falls ein Kind selbst Ekzem hat und geimpft wird, oder in geimpftem Zustande mit anderen Kindern in nahe Berührung kommt, die an Ekzem leiden.

Diskussion: Heller, Rosenthal, Lesser und Oberwarth sprechen sich für Impfschutzverbände aus. Letzterer empfiehlt besonders den Dermatolverband, der als Hartmannscher Impfschutz in den Apotheken käuflich ist.

2. E. Lesser demonstriert einen 66jährigen russischen Juden aus dem Gouvernement Minsk mit **Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex**, besonders an Händen und Füſsen, dorsal und vorzugsweise volar und plantar. Typisches mikroskopisches Bild mit relativ geringer Gefäſsektasie.

Diskussion: Holländer hat regelmäſsig die Schleimhaut des harten Gaumens befallen gesehen (dieser Kranke hat nichts am Gaumen). Halle hebt hervor, daſs fast nur Männer erkranken. Blaschko rät zur Behandlung mit Cholin auſser Röntgenbestrahlung.

3. Holländer demonstriert einen Phthisiker mit breiten Flächen **papillärer Hauttuberkulose** beiderseits neben dem Anus.

Diskussion: Heller empfiehlt zur Behandlung Röntgenbestrahlung (cf. den von ihm vor einigen Monaten demonstrierten Fall).

4. Blaschko demonstriert einen jungen Mann mit **angeborener Ichthyosis**. Die Haut ist in eigentümliche Felder und Streifen zerteilt. Der Zustand ist durch Schälung (Entzündung mittels Quarzlampenbestrahlung und Abstoſsung der ichthyotischen Hautlagen) sehr gebessert. Die Krankheit ist familiär, aber nur Patient und sein Groſsvater haben sie.

5. O. Rosenthal demonstriert einen **stark tätowierten Mann**.

6. Heller hält einen einleitenden Vortrag zur Diskussion über die **zweckmäſsige Organisation der Heime für hereditär-syphilitische Kinder**. Zu dieser Frage tragen in der Diskussion Lesser, Rosenthal, Blaschko, Oberwarth, Plachte bei, und die Gesellschaft nimmt eine Resolution an, nach welcher die Fürsorge für hereditär-syphilitische Kinder als eine Forderung an Behörden und private Wohltätigkeit anzusehen sei.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X. Nr. 8. Mai 1907.

I. **Zur internen Therapie der spitzen Condylome,** von Axel Cedercreutz-Helsingfors. Verfasser gab in drei Fällen von spitzen Condylomen mit Erfolg innerlich Arsen. Die histologischen Veränderungen, welche nach genügender Arsentherapie in den spitzen Condylomen auftreten, sind folgende: 1. Das Bindegewebe wird verdichtet, vermehrt und oft zu großen Büscheln geordnet. Die Bindegewebsproliferation kann sogar an einigen Stellen eine Kompression auf die Gefäße ausüben. 2. In dem Bindegewebe ist eine starke kleinzellige Infiltration vorhanden. 3. An den Blutgefäßen bemerkt man folgendes: Die Endothelzellen schwellen an, bekommen oft eine etwas veränderte Form und lösen sich stellenweise von den Gefäßwandungen ab. Die Intima wird verdickt, und Fibroblasten wachsen in die Gefäße hinein, wodurch allmählich organisierte Thromben entstehen.

II. **Noch einiges über Crurin,** von Milk Savičević-Belgrad. Verfasser wandte ausschließlich Crurin bei venerischen Helkosen und Sklerosen an, es macht die Karbolätzung sowie Vereisung entbehrlich, die Wunde wird rein und zeigt genügende Granulationen, die Schmerzen sind von kurzer Dauer.

III. **Cylinder im Prostatasekret,** von Berthold Goldberg-Wildungen. Im letzten Jahre fand G. in drei Fällen Cylinder in dem aus der erkrankten Prostata ausgedrückten Sekrete. Es gibt zwei Arten von Cylindern, die im Prostatasekret vorkommen, die eine Art besteht aus Lecithinkörnern. Die andere Art ist den Sammelröhrenausgüssen, die man bei Pyelonephritis bisweilen sieht, durch Länge, Breite und Bestandteile (Epithelien, Leukocyten, Fettkörnchen, Detritus) ähnlich. Preßt sich eine Cylinder enthaltende Prostata selbsttätig aus, so daß ihre Absonderung in den Harn gelangt, so ist die Möglichkeit gegeben, daß die Cylinder eine Pyelonephritis vortäuschen, die gar nicht besteht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 5.

Vorläufige Mitteilung über die Bedeutung des Schabens mit einer Curette für die Diagnose der Hautkrankheiten, von L. Brocq. Brocq hat das Abschaben einzelner Elemente bei verschiedenen Hautkrankheiten methodisch ausgebildet und bringt über die gewonnenen Ergebnisse eine kurze Mitteilung. Eine ausführliche Darstellung soll demnächst aus der Feder eines seiner Schüler folgen.

Zuvörderst wird das Verfahren beschrieben, das im Grunde sehr einfach ist und nur eine bestimmt geformte Curette erfordert. Alsdann teilt Brocq den Befund bei einer großen Reihe von Dermatosen mit. Er hat mit seinem neuen Verfahren die Elemente — besonders die jugendlichen, noch durch kein Trauma veränderten — der Psoriasis, der Parapsoriasis und der verschiedenen Formen der Parakeratosis psoriasiformis, der Pityriasis rosacea, des Ekzema siccum, des Lichen planus, des Lupus erythematosus usw. untersucht und bei jeder dieser Formen charakteristische Reaktionen und unterscheidende Merkmale beobachtet, so daß sein neues Verfahren sich als ein Mittel zur Erleichterung der Diagnose bewährt, als ein Mittel, das auch bei den oft schwer unterzubringenden Übergangsformen nicht im Stiche läßt.

Hier ein Beispiel: Beim Schaben mit der Curette enthüllt das Ekzema siccum sehr bald seine intra-epidermalen, mit Serum gefüllten Vesikeln, während beim Lichen planus die Schwellung der Papeln, das schnelle Auftreten von Purpura traumatica und bei einzelnen Formen auch die Neigung der Epidermis, in Masse vom Corpus papillare abzublättern, sofort in die Augen fallen.

Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum. Dritte Abhandlung: Das Mycelium intrapilare des Mikrosporum, von R. Sabouraud. Von dem Mycelium, das das Haar äufserlich umgibt, dringen einzelne Fäden innerhalb des Follikels in die Haarwurzel ein. Dieses Eindringen wird ihnen dadurch sehr erleichtert, dafs die Aufsenzellen des Haares, die Cellulae cuticulares, im umgekehrten Sinn dachziegelförmig angeordnet sind. Dabei erfolgt der Einmarsch der Fäden in das Haarinnere nicht von einer, sondern von 10 bis 15 bis 20 Stellen aus, wie S. an zahlreichen Präparaten beobachten konnte. Im Innern des Haares vermehren sich die Fäden durch Abzweigungen nach Art der Wurzeln einer Pflanze, werden, von oben nach unten ziehend, immer zahlreicher und immer zarter, bis sie, in den Bulbus gelangend, die sogenannte Adamsonsche Franse bilden.

Ein weiterer Fall von Dyskeratosis pseudo-follicularis Darier, von E. Constantin und Levrat. Es handelt sich um einen typischen Fall dieser seltenen Dermatose; sie bestand bei dem 24jährigen Patienten seit der frühesten Kindheit; seine Mutter leidet an demselben Übel. Bei ihm befand sich ein Herd der typischen kleinen, trockenen, schmerzlosen Papeln auf der Stirn, ein zweiter auf dem Rücken längs der Wirbelsäule, der gröfste auf dem Unterleib mit Ausläufern nach beiden Oberschenkeln. Die Verfasser geben eine genaue mikroskopische Beschreibung der Papeln. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über Schweifsfriesel vom anatomischen, ätiologischen und epidemiologischen Standpunkte, von A. Weichselbaum. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 62. Bd.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, in Krain drei Schweifsfrieselepidemien zu beobachten. Aus der Beschreibung seiner histologischen Untersuchung geht hervor, dafs es sich um entzündliche Bildungen, nicht um Schweifscysten handelt; die wasserhellen Bläschen enthielten nicht Schweifs, sondern eine eiweifshaltige Flüssigkeit (Serum), in welcher bald auch zellige Elemente — Leukocyten und Epidermiszellen — auftraten. Auch die in der Cutis konstant vorgefundenen Veränderungen sprachen für die entzündliche Natur der Effloreszenzen; von diesen liefs ein Teil, welcher für das freie Auge als Bläschen mit milchigem Inhalte erschien, im allgemeinen jene Beschaffenheit erkennen, welche Unna und Török als charakteristisch für Miliaria rubra und alba angaben. Da der Übergang der Bläschen mit wasserhellem Inhalt in solche mit milchigem Inhalt klinisch und mikroskopisch nachweisbar war, ist ein genetischer Unterschied zwischen den Bläschen bei Schweifsfriesel ausgeschlossen. Wenn auch das Exanthem des Schweifsfriesels nicht durch Schweifsretention entsteht, so ist doch ein gewisser Zusammenhang mit der Schweifssekretion insofern denkbar, als durch den Schweifs analog wie bei anderen Infektionskrankheiten der spezifische Erreger des Schweifsfriesels oder dessen Toxine ausgeschieden werden können, die dann auf die Haut entzündungerregend wirken.

Bezüglich des epidemiologischen Verhaltens zeigen Weichselbaums Untersuchungen, daſs Bodenbeschaffenheit, Jahreszeit und Witterung nicht immer den hervorragenden Einfluſs ausüben, welcher ihnen bisher nachgesagt wurde. Verwechslungen des Schweiſsfriesels — einer Krankheit sui generis — mit anderen Krankheiten sind leicht möglich, namentlich solange keine Epidemie besteht. Das an Schweiſsfrieselleichen so schnell auftretende Hautemphysem kommt auf Rechnung des Fränkel-Welchschen Bacillus, welcher post mortem auffallend rasch in das Blut und in verschiedene Organe überwandert und sich dort schnell vermehrt.

Dem Schweiſsfriesel darf weder Kontagiosität noch Verschleppbarkeit abgesprochen werden; aber diese Eigenschaften treten gewöhnlich nicht auffällig hervor. Unverkennbar ist die Disposition des weiblichen Geschlechtes in einer bestimmten Altersperiode; Menstruation und Wochenbett spielen möglicherweise hierbei eine Rolle. Streng auseinanderzuhalten sind aber die Schweiſsfriesel und das Auftreten eines Frieselausschlages (Miliaria) während einer Puerperalerkrankung.

Schourp-Danzig.

Über Miliaria epidemica, von W. Scholz-Graz. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 59. Heft 5 u. 6.) Verfasser hatte Gelegenheit, 32 Fälle dieser Krankheit beim Ausbruch einer gröſseren Epidemie im Bezirk Rudolfswerth in Krain im Mai 1905 zu beobachten. Die Erkrankten gehörten der sehr armen und im allgemeinen verwahrlosten Landbevölkerung an. Vorwiegend wurden Frauen im Alter von 20—40 Jahren ergriffen. Kinder blieben trotz ausgiebigster Gelegenheit zur Übertragung durchweg verschont. Im ganzen betrug die Morbidität für den Bezirk 2,5 % der Bevölkerung, und die Mortalität erhob sich auf 16,8 %. Die Krankheit setzt bald ganz akut ein, bald nach einem Prodromalstadium von unbestimmtem Unwohlsein. Es lassen sich ziemlich scharf drei Phasen unterscheiden: die des Schweiſses, die des Hautausschlages und die der Rekonvaleszenz. Auffallend ist die ganz ungemein groſse Schwäche und Erschöpfung der Kranken schon im ersten Stadium und ihre Empfindlichkeit gegen jede Abkühlung und Luftzug. Das Schwitzen nimmt Dimensionen an, wie man sie sonst kaum jemals erlebt. Diese Periode des Schwitzens kann neun bis zehn Tage lang anhalten. Darauf entwickelt sich, oft unter gesteigertem Fieber, der Ausschlag in Form der bekannten hirsekorn- bis stecknadelkopfgroſsen Bläschen ohne eigentlichen Hof. Oft ist allerdings die Haut in groſser Ausdehnung scharlachartig gerötet. Zuweilen findet sich auch nur eine Rötung der Haut ohne Bläschenbildung. Untersuchungen am Bläscheninhalt, die Verfasser nur in beschränktem Maſse und unter Schwierigkeiten ausführen konnte, ergaben winzige Stäbchen als Hauptbefund nebst verschiedenen Kokken. Die in drei Fällen ausgeführte Blutuntersuchung ergab nicht jedesmal gleichmäſsige Resultate; es fand sich eine Vermehrung der Lymphocyten, gelegentlich Geldrollenbildung, Eosinophilie bei Verminderung der polymorphikernigen Leukocyten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die frühzeitige Diagnose der akuten Infektionskrankheiten. (*Rivista Crit. di Clinica med.* 1907. Nr. 10.) In einer Versammlung der British Medical Association hat Vipond auf die Tatsache aufmerksam gemacht, daſs den meisten akuten Infektionskrankheiten eine mehr oder weniger ausgesprochene Drüsenanschwellung während der Inkubationsperiode vorangeht. Diese Anschwellung der Lymphdrüsen ist eine ziemlich allgemeine, d. h. sie erstreckt sich über fast alle zugänglichen Drüsen. Je nach der Dauer der Inkubationszeit ist natürlich das Phänomen mehr oder weniger ausgesprochen. Am deutlichsten ist sie bei den Masern, den Röteln, den Varicellen, dem Mumps. Beim Scharlach und der Diphtherie dagegen, wo die Inkubationsperiode nur drei bis sieben Tage dauert, hat sich die Drüsenanschwellung nicht weit genug entwickeln können, so daſs ihre Entdeckung schwieriger ist. *C. Müller-Genf.*

Die Differentialdiagnose der akuten Exantheme, von DILLINGHAM. (*New York med. Journ.* 1906. Nr. 1458.) Bringt nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Der Typhus exanthematicus beim Erwachsenen und Exantheme beim Typhuskranken, von CH. LESSIEUR-Lyon. (*Presse méd.* 1906. Nr. 102.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu folgendem Schluſs: Die exanthematische Form des Typhus, wie sie Prof. WEILL vom Kinde beschrieben hat, findet sich auch beim Erwachsenen im Verlauf einer mittelschweren typhösen Enteritis und zwar häufiger bei der Frau. Beim Erwachsenen wie beim Kind ist diese Form charakterisiert durch ungewöhnlich zahlreiche Roseolen, durch das Zurücktreten der intestinalen Symptome und gute Prognose. Das zahlreiche Auftreten von Roseolen erlaubt nur dann eine gute Prognose, wenn die digestiven Störungen in den Hintergrund treten oder völlig fehlen, selbst bei scheinbar schweren und rezidivierenden Fällen.

Carl Schramm-Dortmund.

Die sanitätspolizeilichen Ermittelungen bei Scharlach auf Grund praktischer Erfahrungen in dieser Hinsicht, von ARBEIT-Stargard i. Pomm. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 20. Febr. 1907.) Die langen Ausführungen lassen sich dahin zusammenfassen:

1. Der letzte Absatz § 6 des Seuchengesetzes vom 28. August 1905 handelt nur von ärztlicher Feststellung der ersten Fälle von Scharlach usw., nicht auch von den erforderlichen „Ermittelungen".

2. „Ermittelungen" und „Auskünfte" der Ärzte liegen auſserhalb ihrer eigentlichen Tätigkeit und werden deshalb im allgemeinen mangelhaft ausfallen; dasselbe gilt betreffs der Maſsregeln gegenüber der requirierenden Polizei, da sie den Arzt in seiner Praxis zu schädigen vermögen.

3. „Ermittelungen" und Vorschläge von Maſsregeln sollen deshalb ebenso wie im Reichsseuchengesetz ausschlieſslich dem Kreisarzte vorbehalten bleiben und von seinem pflichtmäſsigen Ermessen entsprechend § 83 Abs. 5 der Dienstanweisung die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Dienstreise zur Seuchenprophylaxe abhängig sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904, von ERICH GOETZE. (Inaug.-Dissert. Halle 1905.) Der Arbeit liegen 23186 Gesamterkrankungen zugrunde.

Varicellen: 295 Fälle verteilen sich folgendermaſsen:

Alter	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15
Erkrankungsziffer	40	41	34	38	29	25	42	28	8	4	4	0	1	1	0
Dieselbe in %	13,6	13,9	11,5	12,9	10,0	8,5	14,2	11,5	2,7	1,3	1,3	0	0,3	0,3	0
Dieselbe berechnet auf 1000 der Gesamterkrankten gleich. Alters	0,8	1,3	1,6	2,9	1,9	2,3	3,2	2,4	0,8	0,5	0,4	—	—	—	—

Masern: 1776 Fälle = 7,6% der Gesamterkrankungen.

Alter	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15
Erkrankungsziffer	89	188	257	257	241	177	251	173	83	30	23	16	10	0	1
Dieselbe in %	5,0	10,6	13,3	14,4	13,6	9,9	14,1	9,7	4,6	1,6	1,3	0,9	0,5	0	0
Dieselbe berechnet auf 1000 der Gesamterkrankten gleich. Alters	1,8	6,0	11,2	14,3	15,4	16,2	19,0	14,8	8,3	3,8	2,5	1,9	0,9	—	—

Scarlatina: 732 Fälle = 3,1% der Gesamterkrankungen.

Alter	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15
Erkrankungsziffer	15	33	65	80	109	77	76	77	62	48	36	22	20	10	2
Dieselbe in %	2,0	4,5	9,0	10,9	14,9	10,5	10,4	10,5	8,5	6,5	5,0	3,0	2,7	1,4	0,2
Dieselbe berechnet auf 1000 der Gesamterkrankten gleich. Alters	0,3	1,1	3,1	4,4	7,1	7,0	5,7	6,6	6,2	5,9	3,8	2,6	1,8	1,1	0,4

Fritz Loeb-München.

Eine Scharlachepidemie in Lysiec (Galizien) im Jahre 1905, von Jacob Bronislaus Sokal-Lysiec, Galizien. (*Reichs-Med.-Anz.* 1906. Nr. 19.) Bericht über eine Scharlachepidemie, während welcher Verfasser 91 Kranke beobachtete, und zwar 6 Männer, 6 Frauen und 79 Kinder. Die Epidemie wurde vom naheliegenden Städtchen durch Mittelpersonen verschleppt. Am häufigsten erkrankten Kinder im Alter von vier bis zehn Jahren (65,5%). Als mittlere Krankheitsdauer galten sechs Wochen. Die Sterblichkeit betrug über 18% (2 Männer, 1 Frau, 15 Kinder). Die gröſste Mortalitätsziffer entfiel auf das vierte und fünfte Lebensjahr. — Die Inkubationszeit schien einige Stunden bis drei bis zwölf Tage zu dauern. — Die Intensität des Exanthems war nicht immer gleich, vom Hellrot bis zum tiefen Dunkelrot. Je intensiver die Farbe, desto rascher verschwand das Exanthem, zuweilen nach Stunden. Manchmal traten Anomalien des Exanthems auf, nämlich Auftreten von deutlichen Bläschen und zahlreichen kleinen Pustelchen, — in der Regel bei schwereren Fällen, aber auch in zwei sehr leichten. Auch Fälle ohne Ekzanthem wurden beobachtet.

In einem Falle trat ein Scharlachrezidiv bereits acht Tage nach erfolgter Genesung ein. Bei einigen Wöchnerinnen erkrankten alle Kinder, und obwohl eine Isolierung nicht möglich war, blieben erstere gesund. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ist Scharlach eine Streptokokkenkrankheit? von Ludwig Hektoen-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 6. April 1907.) Der Verfasser geht von der Arbeit G. F. Ruedigers aus — Referat S. 46 dieses Bandes *dieser Zeitschrift* — und schlieſst sich dessen Ansicht an, daſs der Streptococcus pyogenes eine wichtige Rolle bei der

Scharlacherkrankung spielt. Gerade bei schweren, komplikationsreichen, zum Tode führenden Scharlachfällen gelang es diesen Streptococcus reichlich nachzuweisen.

Schourp-Danzig.

Langes Fortbestehen der Infektiosität bei gewissen Fällen von Scharlach, von H. P. Berry-Grantham. (*Lancet.* 12. Jan. 1907.) Verfasser liefert hier wieder einen Beitrag zu der Frage von den „Return Cases of Scarlatina", den Fällen, in denen anscheinend völlig gesunde Kinder, nach überstandenem Scharlach aus dem Krankenhaus entlassen, nach der Rückkehr zur Familie andere Mitglieder zu Hause offenbar infizieren. Bei der beobachteten Epidemie handelte es sich um 217 im Hospital behandelte Kinder, unter welchen 19 allem Anschein nach trotz der Befolgung aller der gewöhnlichen Vorsichtsmaſsregeln für 28 andere Erkrankungen verantwortlich gemacht werden dürften. Auſser der Annahme, daſs in gewissen Fällen das Scharlachvirus besonders lebensfähig ist und sich vielleicht in den Nasenhöhlen besonders gut hält, kann Verfasser, wie andere, diese unliebsame Erscheinung nicht weiter erklären. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Kontagiosität der Scarlatina und ihre Prophylaxe, von Boisson. (*Annales d'Hyg. publ.* März 1906.) Bei Gelegenheit einer kleinen Scharlachepidemie unter den Schülern des militärärztlichen Instituts gelangte B. zu dem Resultat, daſs die Übertragbarkeit schon im Prodromalstadium sich geltend macht. Unter seinen neun Fällen war sechsmal die Infektion auf Berührung mit einem im Invasionsstadium befindlichen Patienten zurückzuführen und je einmal auf Berührung mit einem solchen im eruptiven und im Rekonvaleszenzstadium resp. auf indirekte Einflüsse zu beziehen. Als Prophylaxe in Kasernen empfiehlt B. folgende Maſsregeln: sobald ein Scharlachfall konstatiert wird, soll die ganze Belegschaft der Stube auf vier Tage von jeglichem Verkehr mit der anderen Mannschaft ferngehalten werden. Verfasser nimmt nach seinen Beobachtungen nämlich mit groſser Bestimmtheit an, daſs die Inkubationsdauer genau vier Tage beträgt und nur wenige Stunden mehr oder weniger. Während dieser vier Tage der Quarantäne soll die Mannschaft zweimal täglich auf Angina untersucht werden und auſserdem prophylaktisch sich mit Lysol (1 : 1000) oder Kalium permanganicum in der gleichen Stärke gurgeln. Noch mehr empfehlenswert seien die von Vaillard eingeführten Tabletten von Jodkalium mit Jodnatrium und von Acid. tartaricum. Ist nach vier Tagen kein Fall mehr vorgekommen, so kann die Infektionsgefahr als beseitigt gelten. Zur nachherigen Desinfektion empfiehlt B. das Formol als das wirksamste, unschädlichste und billigste Mittel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Frühdiagnose und der erste Verlauf des Scharlachs, von William S. Somerset- New York. (*New York med. Journ.* 17. Nov. 1906.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, weist S. auf einige, für den Beginn des Scharlachs wichtige Erscheinungen hin. Die Inkubationsperiode ist selten länger als vier Tage; bei Scharlach zeigt sich, ebenso wie bei den anderen akuten Exanthemen die Wirkung des Ansteckungsstoffes oder der Toxine zuerst auf den Schleimhäuten, und zwar beim Scharlach auf jener des Rachens. Vom Magen gehen die ersten Erscheinungen, wie Übelkeit mit geringem Kopfschmerz oder auch Erbrechen oder bei kleinen Kindern Krämpfe aus; kurz darauf oder nach wenigen Stunden kommen die Halsschmerzen, welche stets vorhanden sind und im Verlaufe von zwei bis drei Tagen zunehmen. Die Rachenaffektion beginnt als Tonsillitis, um rasch in Pharyngitis sich zu verwandeln. Die Hauteruption stellt sich nicht eher als 24 Stunden und nicht später als 48 Stunden nach dem Beginn der Tonsillitis ein. Der Charakter der Hauteruption ist derselbe wie jener an der Schleimhaut: Entzündung, in Exsudatbildung übergehend, in Form von stecknadelkopfgroſsen Bläschen, wovon jedes mit einem pheripheren Erythem umgeben ist; nur mittels Vergröſserungsglases kann aber dieser Zustand beobachtet werden.

Die Zunge kann beim Scharlach mitbeteiligt sein oder nicht, im ersteren Falle tritt die sog. Erdbeerzunge ein oder zwei Tage nach der Hauteruption auf. Fieber ist stets vorhanden und erreicht in günstigen Fällen am dritten oder vierten Tag seinen Höhepunkt. Der Puls ist im Zusammenhang mit der Temperatur ein sehr rascher — 10 bis 20 Schläge in der Minute mehr betragend als bei gleich hohem Fieber bei den anderen akuten Exanthemen. Als differentialdiagnostisch wichtig hebt S. die zahlreichen Erytheme infolge von Arzneimitteln, von Injektion des Diphtherieheilserums hervor; Borsäure, als Lösung oder Salbe angewandt, z. B. in reichlichem Maſse bei Verbrennung, verursacht eine ausgedehnte scharlachähnliche Eruption. Sepsis, Rheumatismus und Harnstörungen können von einer ebensolchen begleitet sein. Der Initialausschlag bei malignen Blattern soll scharlachähnlich sein, so daſs erst der weitere Verlauf, bei den anderen oben angeführten Zuständen aber meist das Fehlen von Fieber, Halserscheinungen u. a. m. die Diagnose sichern kann. *Stern-München.*

Über Jodophilie bei Scarlatina, von W. Neutra-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* XXVII. Neue Folge. VII. Heft 11.) Die an 14 Scharlachfällen vom Verfasser ausgeführten Blutuntersuchungen bestätigen im allgemeinen die Bedeutung der Jodophilie als einer spezifischen Erscheinung beim Scharlach im Gegensatz zu Morbillen, Varicellen und Variola, bei denen die Reaktion nicht oder in nur sehr unvollkommener Form angetroffen wird. Als positives Resultat läſst N. nicht schon die leichte Gelbfärbung des Protoplasmas durch die Jodgummilösung gelten, sondern nur die ausgesprochene gelbrötliche oder gelbbräunliche resp. rotbräunliche Färbung des Zellleibes oder wenigstens eines Teiles desselben bei ungefärbt bleibendem Kerne. Untersuchungen vor der Entwicklung des Exanthems konnte N. an seinem Materiale nicht ausführen, dagegen erhielt er stets bei der ersten Untersuchung schon und oftmals ganz im Beginn des eruptiven Stadiums ein positives Resultat. In einzelnen Fällen bestand die Jodophilie noch längere Zeit nach der Entfieberung und noch während der Abschuppung, meistens jedoch nahm sie sehr rasch ab und war in wenigen Tagen wieder verschwunden. Zur Stellung der Diagnose dürfte diese Reaktion, falls sie mit einer gleichzeitigen Vermehrung der eosinophilen Zellen einhergeht, von nicht unbedeutendem Werte sein. Nach N.s Untersuchungen hätte dieselbe auch eine prognostisch verwertbare Bedeutung, indem das rasche Vergehen der Reaktion auf einen günstigen Verlauf, ihr langes Fortbestehen auf eine intensivere Erkrankung schlieſsen lassen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das Vorhandensein von gewissen Körperchen in der Haut und in Bläschenflüssigkeit bei Scharlach und Masern, von C. W. Field-New York. (*Journ. of experim. med.* 15. Juli 1905. Vol. VII. Nr. 4.) Um die Angaben Mallorys über das Vorkommen von gewissen protozoenartigen Körperchen in den Epithelzellen und Lymphräumen der Haut bei Scharlachautopsien einer Nachprüfung zu unterziehen, hat F. bei 20 Scharlachpatienten, 10 Scharlachleichen, 14 Masernkranken usw. Untersuchungen der Haut vorgenommen und auſserdem die Flüssigkeit, welche bei Scharlachkranken mittels Vesikatoren aus der Haut gewonnen wurde, untersucht. Er kommt zu dem Resultate, daſs diese Körperchen Teile des Protoplasmas der Epithelzellen sind, und daſs diese Protoplasmamassen bloſs infolge von Entartung eine andere Färbereaktion als das übrige Protoplasma angenommen haben. Besonders wichtig war der Befund bei dem einen Falle, wo F. an einem fünf Minuten nach dem Tode untersuchten Hautstückchen keine von diesen Malloryschen Körperchen antraf, dagegen sich bei einer 24 Stunden später vorgenommenen Untersuchung ein positives Resultat ergab. Auch spricht der Umstand, daſs dieselben Körperchen in der mit Vesikatoren bei Antitoxinexanthemen gewonnenen Flüssigkeit gefunden wurden, gegen die Auffassung derselben als spezifische Protozoen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Körpergewichte und Milchdiät bei scharlachkranken Kindern, von H. Risel-Leipzig. (*Zeitchr. klin. Med.* 59. Bd. Heft 2/4.) Verfasser hat bei 82 Kindern im Alter von wenigen Monaten bis zum 14. Lebensjahr, welche der Mehrzahl nach ausschliefslich mit Milchdiät behandelt wurden, genaue Gewichtsbestimmungen ausgeführt und als Gesamtresultat sehr günstige Verhältnisse nachgewiesen. Mehrere der Kinder hatten bei der Entlassung ihr Anfangsgewicht überschritten, und nur zweimal wurde (wohl infolge von Komplikationen) ein Minus konstatiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Divers Lähmung mit Scharlach verbunden? von Richard Ellis-New York. *New York med. Journ.* 29. Dezbr. 1906.) Ein 28jähriger Zivilingenieur hatte drei Wochen lang in einem Tunnel gearbeitet und fiel dann beim Verlassen desselben, wo die Arbeit unter sehr hohem Drucke geschah, bewufstlos nieder mit partieller Lähmung von Armen und Beinen, von Zwerchfell usw., kurz den Erscheinungen einer akuten Myelitis. Vier Tage später trat ein scharlachähnlicher Ausschlag mit hohem Fieber usw. ein, welchem nach sechs Wochen völlige Desquamation folgte. Auf strenge Isolierung erfolgte in dem Spitale, wo Patient untergebracht war, keine weitere Ansteckung. E. wirft die Frage auf, ob es sich bei solchem, die akute Myelitis begleitenden Ausschlag wirklich um Scharlach oder nur akute Dermatitis exfoliativa handelt und dementsprechend die Sanitätsbehörden mit ihrem Befehle zu der oft so schwer vorzunehmenden Isolierung nicht weniger streng vorgehen sollten.

Stern-München.

Über die Funktionsstörungen des Herzens bei Scharlach. (Behandlung mit Serum), von J. W. Troitzky-Charkow. (*Arch. f. Kinderheilk.* 45. Bd. V. und VI. Heft.) Die Beobachtungen wurden gelegentlich einer schweren Epidemie in Charkow angestellt. Aus der Gesamtheit der 43 Fälle wurden in 33 Fällen charakteristische Erscheinungen auf dem Gebiet des Gefäfssystems festgestellt. Die Behandlung bestand in Anwendung von Mono- und Polyvalentantistreptokokkenserum. Die Funktionsstörungen des Herzens und des Gefäfssystems wurden in allen Stadien des Scharlachprozesses beobachtet, mit der ersten Temperatursteigerung beginnend und endend mit normal verlaufender Periode der Genesung. Intensität der Epidemie und Schwere der Erkrankung übten scheinbar keinen direkten Einflufs auf die Stärke der Funktionsstörungen aus. Von den einzelnen klinischen Merkmalen der Funktionsstörungen wurden am meisten das Geräusch an der Spitze und Arythmien verschiedener Art beobachtet. Die subcutane Einführung gröfserer Mengen von Serum erzeugte, obwohl nur vorübergehend, ziemlich scharfe Veränderungen der sphygmographischen Kurve mit deutlichem Hinweise auf ernste Veränderungen in der Tätigkeit des Gefäfssystems: vor der Seruminjektion zeigte die Pulskurve, dafs der Puls monokrot, seltener dikrot war, wobei die Höhe des Blutdruckes dem Alter vollkommen entsprach. In der Periode der Einsaugung bekam der Puls einen ausschliefslich monokrotischen, ja hyperdikrotischen Charakter; war die Resorption des Serums beendigt, blieb die Höhe der Wellen niedrig und der Puls wurde beinahe aequalis. *Schourp-Danzig.*

Scharlach und Puerperium, von P. S. Harris-Heanor. (*Brit. med. Journ.* 31. März 1906.) Bericht über einen glücklich verlaufenen Fall von zweifellosem Scharlach im Kindbett. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Scharlachexanthem nebst einigen Nachahmungen desselben und die klinische Bedeutung der Hauthämorrhagien bei Diphtherie, von J. MacCombie-Woolwich. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1906.) Verfasser gibt eine Zusammenstellung der klinischen Erscheinungen des Ausschlags bei Masern, Pocken, Varicella, Ileotyphus, Verbrennungen u. dgl. und bei Diphtherie nach Antitoxin-Injektionen, wobei er auf die übereinstimmenden und die differenzierenden Merkmale eingeht. Betreffs der

Diphtheriekranken konstatiert MacCombie in Parenthese, daſs unter 214 Kindern, welche am ersten Krankheitstage aufgenommen wurden und sofort eine Seruminspritzung erhielten, kein einziger Todesfall zu beklagen war. Das Beobachtungsmaterial umfaſste 6755 Diphtheriefälle, und unter diesen zeigten etwa 200 Kranke in mehr oder minder starker Ausdehnung Hämorrhagien der Haut mit dem bekannten ungünstigen Verlauf. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über komplizierende hämorrhagische Diathesen bei Scharlach nebst einigen Bemerkungen zur Gelatinetherapie, von H. Klose-Straſsburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51 und 52.) Es wird hier ausführlich über einen lehrreichen Fall von mittelschwerem Scharlach bei einem früher ganz gesunden sechsjährigen Mädchen berichtet, bei dem in der Rekonvalescenz sich eine intensive hämorrhagische Diathese ausbildete. Neben lebensgefährlichem Nasenbluten entstanden ausgedehnte Blutungen in der Haut, Blut im Stuhl und Urin bei gefahrdrohendem Kollaps. Therapeutisch erwiesen sich am wirksamsten die Injektionen von (20 ccm) sterilisierter Gelatine im Verein mit Infusionen von physiologischer NaCl-Lösung. Nachdem das Kind bei gutem Wohlbefinden entlassen worden war, stellte sich im weiteren Verlauf eine allgemeine Neigung zu Blutungen heraus. Jeder Druck oder Stoſs hatte ausgedehnte Sugillationen zur Folge, so daſs die Aufnahme ins Krankenhaus noch dreimal erfolgte und schlieſslich der Tod eintrat. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete auf allgemeine hämorrhagische Diathese und fettige Degeneration des Myocards. Man sieht hier also einen Fall von Übergehen einer mäſsigen Purpura simplex in die hämorrhagische Form und zu dauernder Hämophilie. Wodurch dieser Übergang bedingt wurde, erscheint nicht genügend aufgeklärt; bakteriologisch namentlich war kein Anhaltspunkt zu gewinnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Prophylaxe der Scharlach-Nephritis; Betrachtungen über 300 Fälle von Scharlach, behandelt mit Urotropin, Hexamethylentetramin und Metramin, von Herbert P. Thompson-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Febr. 1907.) In dieser ausgedehnten Reihe von Versuchen, welche Th. am Fever-Hospital von Edinburg in der Zeit von 1900—1906 vornahm und bei welchen die Scharlachdiagnose auch anderweitig bestätigt worden ist, kam er zu folgenden Ergebnissen: Die Ursache des Scharlachs ist ein Mikroorganismus, dessen spezielle Art noch nicht feststeht. Die einzige Form der Behandlung, die irgendwelche Aussicht gegen die den Scharlach begleitende Nephritis hat, ist die prophylaktische, welche den Keim entweder zu töten oder abzuschwächen in der Lage ist; und da dieser Keim im Blutstrome bei Beginn der Krankheit zirkuliert, so muſs er notwendigerweise in den Nieren und dem Harnsystem anwesend sein. Strenge Diät (Milch und Mehlspeisen), Bettruhe während der ersten drei Wochen und die folgenden 14 Tage Zimmerhüten sind die ersten Vorschriften. Alles, was mit den Absonderungen zusammenhängt, muſs in jeder Weise befördert werden: fleiſsig der Mund ausgespült oder mit einer Spritze ausgespritzt werden (Lösung von doppeltkohlensaurem Natron, gefolgt von einer schwachen Chlorwasser- oder Listerinlösung), die Desquamation durch fleiſsiges Abwaschen (mit dem Schwamm) und gelegentlich milden Bädern befördert, Obstipation verhütet, der Urin fleiſsig untersucht werden. Als prophylaktisches medikamentöses Mittel gegen die Scharlach-Nephritis zeigte sich nur Urotropin von Bedeutung, während die beiden anderen oben angeführten Medikamente (Hexamethylentetramin und Metramin) keineswegs solchen Erfolg aufwiesen. Von 47 Fällen, welche Th. mit Urotropin von Anfang an behandelte, hatte keiner Nephritis und nur ein einziger Albuminurie, 137 Fälle wurden mit Hexamethylentetramin, da es weit billiger ist als das Urotropin, behandelt, und 15 davon zeigten später Nephritis (= 10,9%) und weitere sieben Albuminurie (5,1%); ebenso gering war der Erfolg mit Metramin (11,5% der damit behandelten

26 Fälle bekamen Nephritis). Immerhin waren die mit Hexamethylentetramin behandelten Fälle von Scharlach-Nephritis etwas leichter als die ohne Medikament behandelten. TH. empfiehlt daher aufs Eindringlichste, alle Fälle von Scharlach von Anfang an mit 5 g- (? Refer.) Dosen dreimal täglich bei Kindern bis zu zwölf Jahren, bei älteren Patienten mit 7½ g-Dosen dreimal täglich zu behandeln und diese Therapie bis zum Schlusse des 28. Tages der Krankheit fortzusetzen; bei der Darreichung des Mittels dürfe aber die Wichtigkeit der Lösung in Wasser nicht übersehen werden. TH. bringt auch von anderen Autoren (WIDOWITZ, BUTTERSACK) berichtete, höchst günstige Resultate über die Prophylaxe der Scharlach-Nephritis durch Urotropin. *Stern-München.*

Beitrag zum Coma uraenicum bei Scharlach-Nephritis, von VOVETZSCH. (Mitt. a. d. hamburgisch. Staatskrankenanstalten. Bd. V.) Ein 3½jähriges scharlachkrankes Mädchen hatte am 18. Krankheitstage zum ersten Male Albumen im Urin; am 26. Krankheitstage trat ein typischer urämischer Anfall ein. Erst sechs Wochen nach diesem Anfall stellte sich wieder die Sehkraft allmählich ein, Aphasie und völlige Taubheit dauerten über fünf Wochen an. Nach der sehr langsamen Herstellung dieser Funktionen blieb eine geistige Schwäche bei dem Kinde zurück derart, dafs es um mehr als zwei Jahre zurückgeblieben erscheint. *Schourp-Danzig.*

Höchstgradiger septiko-pyämischer Scharlach, von A. POSSELT - Innsbruck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 10.) Gegen die septiko-pyämische Form des Scharlach war man bisher absolut machtlos, gottlob sind diese Formen nicht häufig. Neuerdings hat man seine Aufmerksamkeit auf die Serumbehandlung derartiger Fälle, besonders mit dem MOSERschen Scharlachantistreptokokkenserum gewandt. Auch Verfasser sah bei einem verzweifelten Falle einen ans Wunderbare grenzenden Heilerfolg durch die Wirkung dieses Serums in Verbindung mit Einreibungen von Unguentum CRÉDÉ. Es handelte sich um einen Mann mit schweren Scharlacherscheinungen: hohes Fieber, Schwäche, starkes Exanthem, schwere Hautblutungen, heftige Diarrhoen, beträchtlicher Milztumor, schwerer Ikterus, Gelenksaffektionen, Benommenheit, Herzschwäche. Trotz Unguentum CRÉDÉ schritt die Krankheit fort, die MOSERschen Injektionen wirkten sofort. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Therapie des Scharlach, speziell der septischen Formen, von ALFONS KRAMER. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Empfehlung einer neuen Methode zur Therapie des Scharlachs, die sich Verfasser im Laufe der Jahre aus verschiedenen Angaben in der Literatur und aus eigenen Kombinationen zusammengestellt hat und seit deren Anwendnng er eine ganz bedeutende Herabsetzung der Mortalität feststellen konnte. Die Methode besteht in folgendem: Neben den allgemeinen hygienischen Vorschriften gibt Verfasser den Kranken vom ersten Tage an stündlich eine Formalintablette, die der Patient langsam im Munde zergehen lassen mufs; vom 3.—4. Tage an 2—3 Tabletten stündlich — solange, bis die Temperatur normal geworden ist, respektive die Tonsillen keinerlei pathologische Befunde aufweisen. Ferner läfst Verfasser per Pulverisator dreistündlich Jodolzuckereinblasungen machen, legt von vornherein warme Kompressen um den Hals und läfst, sobald er den Eindruck einer septischen Mischinfektion hat, Dauerklystiere aus Kochsalzlösung mit Formalin SCHERING (1—3 Tropfen je nach dem Alter der Kinder) applizieren. Aufserdem verordnet Verfasser eine recht strenge Diät, bestehend aus Milch und Reisschleim.

So glaubt Verfasser mit der Einführung des Formaldehyds in die Behandlung des Scharlachs, und speziell der septischen Formen, einen bedeutsamen Schritt vorwärts gemacht zu haben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Scharlach und dessen Behandlung am Isolierspital für Scharlach und Diphtherie, von EDW. LELAND KELLOGG-New York. (*New York med. Journ.* 9. März 1907.) Das Spital, dessen dirigierender Arzt K. ist, wurde im Jahre 1897 zu dem Zwecke erbaut, Privaträume für Patienten, die zu Hause keine richtige Pflege haben, bereit zu halten; es enthält zwei völlig von einander getrennte Pavillons, je für Scharlach und Diphtherie mit je eigenen Ärzten, Pflegerinnen usw. Auf jeden Patienten sind 2400 Kubikfuſs Luft berechnet; die ganze Inneneinrichtung ist von Email, so daſs sie rasch und vollständig desinfiziert werden kann. Von den allgemeinen und speziellen Desinfektionsvorschriften, die Verfasser allmählich einführte, sei erwähnt, daſs die Kleider und andere dem Patienten gehörige Gegenstände mit Formaldehyd bei seinem Eintritt desinfiziert, alle Papiere geöffnet und mit Dampf desinfiziert, Geld, ebenso Toiletteartikel in Sublimat (1 : 2000) oder Karbolsäurelösung gelegt werden. Ganz spezielle Weisungen werden für erwachsene Patienten für den Tag ihrer Entlassung gegeben, einige Tage wird schon ihr Kopf schampooniert, die Ohren irrigiert usw. Eine Reihenfolge von drei Räumen ist ferner für diesen Zweck vorhanden: im ersten, vom Korridor aus zugänglichen, werden die Spitalkleider abgelegt, im zweiten die desinfizierenden Bäder gegeben, und im dritten legt der Patient seine frisch desinfizierten Kleider an und verläſst von hier aus durch einen speziellen Ausgang das Spital. Der besuchende Arzt legt jedesmal beim Eintritt in den Isolierpavillon einen hochschlieſsenden Mantel, eine Mütze und Überschuhe an und unterzieht sich beim Verlassen desselben einer gründlichen Hand-, Gesichts- und Munddesinfektion. Was die Diät der Patienten betrifft, so besteht sie in den ersten drei Wochen aus Milch, wonach allmählich mehlhaltige und später stickstoffhaltige Nahrungsmittel, letztere jedoch nur in geringer Menge, bis die Patienten etwa in der fünften Woche sich wohl befinden, zugegeben werden. Ausgiebige Wassereinnahme hält K. für sehr wichtig und führt darauf den geringen Prozentsatz von Nierenkomplikationen in seinem Spital zurück. Behandlung der Haut (Einölen mit Kakaobutter) empfiehlt K. nur, wenn sie sehr gereizt oder besonders heftiger Pruritus vorhanden ist. Tägliches warmes Bad kann von Beginn der Krankheit an erlaubt werden, obwohl man beim Trocknen wenig reiben soll. Peinlichste Reinhaltung und Beobachtung von Nasen-, Mund- und Rachenhöhlen mit Ausspülungen usw., Sorge auf die Ohrkomplikationen — Furunkel des äuſseren Gehörganges kommt häufig vor und ist sehr schmerzhaft; bei Mittelohr- resp. Trommelfellentzündung rechtzeitige Paracentese —, auf nervöse und auf Darmerscheinungen werden weiterhin empfohlen. Glossitis kann gelegentlich zu einem recht störenden Symptom werden, ebenso oft rheumatische Beschwerden, von welchen ein Teil auf Salicylpräparate wohl reagiert, ein anderer gar nicht, sondern mit lokalen Mitteln zu behandeln ist. Gegen die Anämie als Begleiterscheinung des Scharlachs nennt schlieſslich K. die üblichen Eisen- und tonischen Mittel und bei entsprechender Witterung frische Luft usw.

Stern-München.

Beobachtungen über die Wirkung der Scharlachstreptokokkenvaccine, von N. LANGOWOY. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 42, Heft 4 und 5.) L. verwandte als Scharlachschutzserum zwei Sorten von Vaccine, eine (Nr. 1) aus einer Streptokokkenkultur auf Bouillon mit Zusatz von Traubenzucker, eine andere (Nr. 2) aus einer Kultur auf gewöhnlicher Bouillon zubereitet. Diese Vaccine wurde behufs Verhütung möglicher Ansteckung mit Hospitalscharlach solchen Kranken injiziert, welche gezwungen sind, längere Zeit im Krankenhause zuzubringen: mit Knochen- und Gelenktuberkulose Behafteten, an Knochenfrakturen, Mastoiditis usw. Leidenden, und zwar Kindern im Alter von $1^1/_2$—2—16 Jahren, bei welchen keinerlei Temperaturerhöhung sich zeigte. Die Injektion wurde an jedem Kranken dreimal, mit seltenen Ausnahmen

zweimal in wöchentlichen Zwischenräumen vorgenommen mit steigender Dosis der Vaccine (0,5—1,0—2,0). Im Laufe von fünf Monaten wurden 120 Kinder vacciniert, von welchen 115 den Scharlach nicht gehabt, fünf denselben vor Eintritt in das Krankenhaus überstanden hatten. Das Bild, welches sich bei den verschiedenen Kranken nach der Injektion von Vaccine darbot, war ein sehr mannigfaltiges: in der Mehrzahl der Fälle war Temperaturerhöhung bis 38° und ein scharlachähnlicher Ausschlag 1—3 Tage lang vorhanden. Das unter der Einwirkung des Streptokokkentoxins erhaltene, dem Scharlach so ähnliche Bild brachte L. unwillkürlich auf den Gedanken, daſs auch der wirkliche Scharlach durch Infektion mit Streptokokken entstehe, und er erklärt dies auch als einen weiteren Beweis für letztere Annahme. Von den 120 Vaccinierten erkrankte an Scharlach nur ein dreijähriges Mädchen am neunten Tage nach einer Injektion des Scharlachimpfstoffes d. s. 0,8%; von den 189 Nichtgeimpften erkrankten zwar auch nur 3 = 1,6%, aber die meisten dieser Kranken hielten sich nur einige Tage im Krankenhause auf und es waren viele Brustkinder darunter. Einen besonders groſsen Unterschied in der Wirkung der beiden Sorten Vaccine konnte L. nicht konstatieren. Auſser den erwähnten 120 Kindern wurde Scharlachvaccine noch 34 gesunden Kindern zwischen 3 bis 14 Jahren in einem Kinderasyl der Stadt Serpuchow injiziert, nachdem am Tage vor der Impfung ein Kind an Scharlach erkrankt und ins Krankenhaus gebracht worden war; die Injektion geschah hier nur einmal (mit 0,3—0,6 je nach Alter) und hatte 2—3 Tage lang Temperatursteigerung (nicht über 38,5° C.) und nur unbedeutende lokale Erscheinungen zur Folge; keines der vaccinierten Kinder erkrankte an Scharlach. Auf Grund dieser 154 Fälle möchte L. zwar noch keine positiven Schlüsse über die Wirksamkeit der Scharlachstreptokokkenvaccine ziehen, den gewonnenen Eindruck aber als den allergünstigsten bezeichnen und in Anbetracht der vollkommenen Gefahrlosigkeit, der günstigen Resultate und des geringen Preises gegenüber der Kostspieligkeit des Moserschen Serums die weitere Anwendung dieses Impfstoffes dringend empfehlen.

Stern-München.

Ein Fall von Masernübertragung durch eine gesunde Mittelsperson auf weite Entfernung, von F. Siegert-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.) Ein sieben Monate altes Kind, das seit neun Wochen wegen chronischer Dyspepsie und Atrophie im Spitale war, erkrankte an Masern, obwohl im ganzen Hause Morbillen nicht vorgekommen waren. Nachforschungen ergaben, daſs die Mutter vor 14 Tagen das Kind besucht und herumgetragen hat, nachdem tags zuvor zu Hause bei drei älteren Kindern Masern sich gezeigt hatten; die Frau hatte von ihrer Wohnung ins Spital über 15 Minuten zu gehen. — Eine Übertragung der Masern durch gesunde Mittelspersonen auf weite Entfernung ist demnach wohl möglich, kommt aber sicher ungemein selten vor.

Der Nachweis Koplikscher Flecke gestattete in dem beschriebenen Falle eine so frühzeitige Diagnose, daſs sich der Ausbruch einer Hausepidemie durch geeignete Maſsnahmen vermeiden lieſs.

Götz-München.

Die frühzeitige Diagnose der Masern, von Brelet-Paris. (*Arch. gén. de méd.* 1906. Nr. 11.) Während der Inkubationsperiode kann man, wenigstens in der Hospitalspraxis, gegebenen Falles auf die Wahrscheinlichkeit einer Masernerkrankung hingeleitet werden einmal durch den Nachweis einer Hyperleukocytose, worauf Combe zuerst hinwies, und zweitens durch das Auftreten eines mehr oder weniger bedeutenden Abfalls des Körpergewichts (Meunier). Im Invasionsstadium hat Brelet den Nachweis der Koplikschen Flecke sehr wertvoll gefunden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Masern ohne Exanthem, von L. Merk-Innsbruck. (*Zeitschr. f. Med.* Nov. 1905.) Die Möglichkeit einer Infektion mit Maserngift ohne die Entwickelung eines Exanthems wird von manchen Autoren in Abrede gestellt, von anderen (Heubner u. a.) zugegeben. Verfasser erkrankte, nachdem drei seiner Kinder typische Masern durchgemacht hatten, an heftiger Bronchitis mit Fieber bis 39,4° und einer an Masern erinnernden Temperaturkurve. Exanthem wurde vergeblich gesucht, aber am zwölften Krankheitstage zeigte sich an beiden Ellbogen ein ziemlich ausgedehnter Urticariaausschlag, genau die gleiche Erscheinung, wie sie als Nachfolge der Masern bei einem der Kinder aufgetreten war. Als zweiten Fall von Masern ohne Exanthem schildert M. die Erkrankung seines jüngsten, acht Monate alten Kindes, das mit Bronchitis und mit einem vorübergehenden urtikariellen Exanthem an den Glutäen, das unter lokaler Schuppung (wie bei Verf.) bald abheilte, erkrankte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Masernrezidive, von Maurice Chardin. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 127.) Der Arbeit liegen sieben bisher nicht publizierte Fälle zugrunde. Die Diagnose des nicht allzu seltenen Masernrezidives kann u. a. durch Verwechslung mit infektiösen oder toxischen masernähnlichen Exanthemen erschwert werden. Das Rezidiv tritt fünf Tage bis vier Wochen nach der ersten Erkrankung auf und hat im allgemeinen eine günstige Prognose. *Fritz Loeb-München.*

Die Rezidive bei Masern, von E. Weil- und L. Dauvergne-Lyon. (*Lyon méd.* 1907. Nr. 3.) Bei einem Kinde, das mit Masern ins Spital gekommen war, trat nach vier Wochen ein leichtes, kurz dauerndes Rezidiv und wenige Tage später, als das Exanthem und die übrigen Krankheitserscheinungen bereits vollständig geschwunden waren, ein zweites, stärkeres, länger dauerndes, von Abschuppung gefolgtes Rezidiv auf. Das Kind war während der ganzen Zeit im Krankenhaus. — Die Verfasser glauben, daſs die Rezidive bei Masern nicht als endogene Reinfektionen, sondern als Neuinfektionen aufzufassen sind. *Göts-München.*

Über Masernosteomyelitis im Röntgenbild, von Riedinger. (*Arch. f. physik. Med. u. med. Technik.* I. Band, Heft 2 u. 3.) Verfassers Patientin war ein 12jähriges Mädchen, das im Anschluſs an eine Masernerkrankung eine akute Schwellung des Fuſsrückens bekam in der Gegend des ersten Metatarsus. Die Erkrankung besserte sich auf Bettruhe und Aspirin. Das Röntgenbild zeigte mit voller Deutlichkeit eine Affektion des Metatarsus (Verdickung des Knochens, deutliche Unterscheidung des Markraums von der Rinde). Es lag also entschieden eine Knochenaffektion vor, deren Röntgenbild dem der Spina ventosa sehr ähnelte. Aber die rasche und vollständige Herstellung der kleinen Patientin lieſs den Verdacht auf Tuberkulose nicht gerechtfertigt erscheinen. *F. Hahn-Bremen.*

Der Wert des Boxensystems für die Anstaltsbehandlung der Masern, von S. Meisels-Berlin. (*Hygien. Rundsch.* XVI. Jahrg. Nr. 12.) Nachdem auf anderen Krankenhausabteilungen das System der Boxen sich als eine sehr nützliche Einrichtung bewährt hatte, wurde es im September 1903 auch auf der neuen Masernstation eingeführt und seitdem auch beibehalten. Die Einrichtung besteht aus zwei Wänden von Glas und Eisen, die das betreffende Bett umschlieſsen und nach dem Saal hin offen sind. In jeder Boxe befinden sich auſser den dazugehörigen numerierten und ausschlieſslich für den Gebrauch des betreffenden Kranken verwendeten Gegenständen zwei Mäntel für Arzt und Pflegepersonal, die ebenfalls nur beim Umgehen mit dem betreffenden Kranken verwendet werden. Während in den Jahren vor Einführung dieser Neuerung 7% der Masernkranken an Pneumonien sekundär erkrankten, war dies seitdem nur bei 0,6% der Fall, und die Gesamtmortalität fiel von 28% auf 13,7%.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verhältnis der Leukocyten bei Morbilli und Rubeola, von Lagriffoul-Montpellier. (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.* Vol. XVIII. 1906. Nr. 1 und *Montpell. méd.* 1906. Nr. 44.) Die Angaben der verschiedenen Autoren über das Verhältnis der Leukocyten bei Masern und Röteln weisen ziemlich erhebliche Schwankungen auf. L. hat die Frage an 22 Fällen von Masern und 30 von Röteln studiert. Es handelte sich dabei um charakteristische Epidermien, welche mehr als ein Jahr auseinander lagen. Bei zwei Masernfällen und bei drei Rötelnfällen konnten die Untersuchungen schon im Inkubationsstadium angestellt werden. Als Ergebnis seiner tabellarisch mitgeteilten Zählungen, die nach den Phasen der Invasion, Eruption und Desquamation bei der Mehrzahl der Fälle durchgeführt wurden, zieht Verfasser folgende Schlüsse: Bei Masern findet man während der Inkubations- und Invasionsperiode meistenteils Hyperleukocytose mit Polynucleose. Während des Eruptivstadiums sieht man eine oft sehr ausgesprochene Hypoleukocytose mit Mononucleose eintreten, bis mit dem Zeitpunkt der Abschuppung das Verhältnis allmählich zur Norm zurückkehrt. Bei Rubcola findet sich im Inkubations- und Invasionsstadium eine mäfsige Hyperleukocytose; im Status eruptionis sieht man viel seltener als bei Masern eine Hypoleukocytose; vielmehr besteht dann oft noch eine Vermehrung der Leukocyten und Polynucleose oder ein normales Verhalten. Man hätte somit an der Blutkörperchenzählung keinen sehr beweiskräftigen Anhaltspunkt bei der Differentialdiagnose zwischen Masern und Röteln, wohl aber gegenüber Scharlach (Polynucleose und Eosinophilie) und der Variola (Mononucleose mit Myelocytose), denn bei Masern sowohl wie bei Röteln verschwinden die eosinophilen Zellen fast völlig während des Eruptionsprozesses. Im desquamativen Stadium sieht man dann allgemein eine allmähliche Rückkehr zu normalen Verhältnissen eintreten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die „vierte Krankheit“, von Hilsum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneeskr.* 1906. Nr. 1.) Der Verfasser hat die Literatur über diesen Gegenstand eingehend durchgenommen und ist zu dem Resultate gekommen, dafs die sog. vierte Krankheit von Duke wirklich eine selbständige Affektion sei und andererseits, dafs die „örtlichen Röteln“ von Tschamer, das Erythema infectiosum von Schmidt, das Scarlatinoid von Trammer, das Erythema simplex marginatum von Feilchenfeld und die „fünfte Krankheit“ von Cheinisse weiter nichts als verschiedene Ausdrücke für eine und dieselbe Krankheit sind. *C. Müller-Genf.*

Variola in Algier, von Crespin-Algier. (*Arch. génér. de Méd.* 83. Jahrg. Vol. I.) Die vorliegende Besprechung gründet sich der Hauptsache nach auf ein Beobachtungsmaterial von 197 Fällen, welche in der Zeit vom 15. November 1904 bis zum 31. Juli 1905 im Hospital zu El Kettar aufgenommen wurden. Der Nationalität nach gruppierten sich diese als Spanier (70), Einheimische (61), Franzosen (50) und solche von verschiedener Abstammung (8). Das Überwiegen der Spanier gewinnt um so mehr Bedeutung, als nach C.s Angaben in Algier kaum ein Drittel so viele Spanier leben wie Franzosen. In Spanien sind allerdings seit 1903 das Impfen und die Wiederimpfung durch Gesetz anbefohlen, doch hat die Durchführung dieser Mafsregel bisher viel zu wünschen übrig gelassen, und in Algerien ist ein derartiges Gesetz noch nicht erlassen. Die Mortalität bei dieser Epidemie betrug mit 46 Todesfällen 23,35 %, also ein ziemlich hoher Prozentsatz. Versuche zur Feststellung des ätiologischen Faktors der Pocken fielen negativ aus. Die von Roger beschriebenen Körperchen, welche vielleicht als Protozoen zu deuten sind, und Spirochäten von einiger Dicke hat C. im Blute gelegentlich gefunden, doch war es ihm nicht möglich, definitive Schlüsse zu ziehen. In klinischer Beziehung zeigte diese Epidemie die bekannten Abstufungen und Modifikationen. Die Inkubationsdauer konnte ein paarmal sehr präzis auf 10—12 Tage festgestellt werden. Als eine den Arabern eigentümliche Erscheinung

schildert Verfasser ein mosaikartiges Auftreten des Ausschlags in Form von polygonalen, flachen, schmutzig gelben Papeln, welche, ohne sich zu röten, in Eiterung übergehen. In diagnostischer Beziehung sehr wertvoll war ihm gelegentlich das Vorhandensein von Läsionen auf der Rachenschleimhaut. Prognostisch wichtig ist das Verhalten des Pulses; eine im Anfangsstadium verlangsamte Herzaktion läfst mit grofser Bestimmtheit einen günstigen Verlauf annehmen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Pocken in Ostasien, von Münster-Tientsin. (*Deutsch. Militärärztl. Ztschr.* 1905. Nr. 10.) Im Winter 1904/05 hatte M. Gelegenheit, eine ziemlich ausgedehnte Epidemie von Pocken zu erleben. Im einen Monat Februar starben in Shanghai nicht weniger als 189 Chinesen an den Blattern. Es wird berichtet, dafs die Seuche alljährlich mit dem Einsetzen der Winterkälte in grofser Intensität auftritt infolge des dichten Zusammenhausens der Eingeborenen. Auch glaubt man, dafs das Pockenvirus sich in ihren dicken, nie gereinigten Winterkleidern wirksam erhalten dürfte. Um ihre Kinder durch eine milde verlaufende Krankheit gegen die weitere Infektion zu schützen, bereiten die Chinesen aus den Borken der abheilenden Pusteln ein Pulver, das sie mit Teig verrühren und den Kindern bis zur erzielten Infektion in die Nase legen. Jedem Fremden fallen aber in China die vielen Pockennarbigen auf. Indessen fängt auch die Obrigkeit dort an, für Gelegenheit zur Ausführung der Schutzimpfung zu sorgen. In Japan ist seit 1885 die Impfung gesetzlich eingeführt. In den Jahren 1902 und 1903 sollen im ganzen dort nur 50 resp. 70 Erkrankungen mit sieben resp. sechs Todesfällen vorgekommen sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pocken, von A. Wassermann-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbldng.* 1907. Nr. 2.) Vortrag aus dem Zyklus über Volksseuchen, veranstaltet vom Zentralkomitee für das Fortbildungswesen in Preufsen. Besprechung der Geschichte, der Ätiologie, Pathologie, klinischen Verlaufs, der Diagnose und Therapie der Pocken. Die Einwürfe der Impfgegner werden widerlegt und die Schutzimpfung als die gröfste Wohltat des Menschengeschlechts dargestellt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Parasiten der Pocken, Kuhpocken und Varicella, von W. E. de Korté-London. (*Pathol. Soc.* London 1906.) Verfasser glaubt, dafs die Ursache, weshalb die bisherigen Forschungen nach den Parasiten der genannten Affektionen negativ ausgefallen sind, darin liege, dafs diese Gebilde aufserordentlich leicht, sogar schon durch Austrocknen vernichtet werden, obwohl die Sporen sich lange halten. Er hat an der Lymphflüssigkeit von Amaas oder Milchpocken der Kaffern in reichlicher Anzahl Körperchen gefunden, welche er als Amöben anspricht und für den ätiologischen Faktor der Krankheit hält. Sie werden als runde Zellen beschrieben, zuweilen mit einem rundlichen Kerne und mehreren stark lichtbrechenden Körnchen im Protoplasma. Ganz ähnliche Körperchen fand er in menschlicher Vaccinelymphe, wenn dieselbe am achten oder neunten Tage nach der Impfung gewonnen war, und bei Variola fand er dieselben in grofser Anzahl in den Pusteln, namentlich am fünften Tage des Ausschlags. Die Untersuchung findet am zweckmäfsigsten im hängenden Tropfen statt. Verfasser ist der Meinung, dafs es sich hierbei sicher um ein Protozoon handelt, das er mit einem vorläufigen Namen als „Amoeba variolae vel vacciniae“ bezeichnet. Dasselbe hat eine länglichrundliche Gestalt und eine Gröfse von 1 : 2500 eines Zolls, doch kommen auch gröfsere Formen vor. Das feinkörnige Protoplasma enthält neben einem rundlichen oder eiförmigen Kerne eine gröfsere Anzahl von grünlichen, stark lichtbrechenden Partikelchen, welche wohl Sporen sein dürften. Man sieht sie gelegentlich auswandern und alsbald in lebhafte Bewegungen geraten, die indessen ebenso wie die Bewegungen der Mutterzelle in der Kälte sofort aufhören und nur bei Bluttemperatur ordentlich hervortreten. Pseudopodien sah Verfasser bei Variolamaterie nicht und hat er auch nicht bei der Glycerin enthaltenden Kälberlymphe gesehen,

wohl aber bei den Amöben der menschlichen Lymphe. In der Varicellenlymphe hat er ferner analoge Körperchen gefunden, doch zeigen dieselben einige Abweichungen von den vorherigen. Der Kern ist groſs und hell; manchmal sind es ihrer zwei. Im Protoplasma, welches als feinkörnig beschrieben wird, finden sich mehrere gröbere lichtbrechende Körner, wahrscheinlich die Sporen. Gefärbt werden diese Gebilde gut mit LÖFFLERS Methylenblau, während bei der Amoeba variolae vel vacciniae Bismarckbraun gute Resultate gibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei atypische Pockenfälle, von SAMUEL E. EARP - Indianopolis. (*Journ. amer. med. assoc.* 3. Nov. 1906.) Das Exanthem besaſs an einigen Stellen die charakteristischen histologischen Veränderungen, während an anderen Stellen die Bläschen mehr vereinzelt und in verschiedenen Schüben auftraten. *Schourp-Danzig.*

Betrachtungen über die Bekämpfung der Variola in Marseille 1880 bis 1906, von ODILON PLATON. (*Thèse de Montpellier.* 1906. Nr. 47.) *Fritz Loeb-München.*

Über die im WENZEL-HANCKEschen Krankenhause behandelten Variolafälle, von DREWITZ. (*Allg. med. Central-Zeitung.* 1907. Nr. 2.) Vortrag in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Nach kurzer Besprechung des typischen Verlaufes der Pocken beschreibt Verfasser 13 Fälle, die in Breslau durch Verschleppung von Bettfedern aus dem Auslande zur Beobachtung gekommen sind. Sämtliche 13 Fälle gingen in Genesung über. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. In Deutschland kommt kein Pockenfall zum Ausbruche, der nicht eingeschleppt ist. 2. Variola und Variolois haben denselben Erreger und sind nur graduell verschiedene Krankheiten. Der Name Variolois ist kein glücklicher; es wäre zweckmäſsig, statt dessen Variola levis zu setzen, um den Ernst jedes Pockenfalles festzulegen. 3. Die gesetzliche Schutzimpfung gewährt keinen absoluten Schutz gegen die erneute Infektion. Verfasser verlangt die sofortige Bekanntmachung des ersten Pockenfalles am Ort nicht nur in den ärztlichen, sondern auch in den politischen Zeitungen, die erneute Impfung aller derer, die nach dem Auslande eine Reise beabsichtigen, die wiederholte Impfung der Ärzte, besonders der Krankenhausärzte und die Verlegung der Revaccination vom zwölften auf das zehnte Lebensjahr. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Empfehlung der Schutzpockenimpfung durch einen Arzt im Jahre 1762, von GÄTZEN. (*Med. Woche.* 1906. Nr. 45.) Schon im Jahre 1762 trat ein berühmter Arzt für die Schutzpockenimpfung ein, die er als „Einpfropfung der Pocken" bezeichnete. Er erkannte dieselbe schon damals als die einzige Möglichkeit der Bekämpfung der Pocken. Der Arzt hieſs Professor S. A. D. TISSOT und lebte in Lausanne. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1905, von L. STUMPF-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 50. Beilage.) Die bayerische Zentralimpfanstalt in München ist zu Beginn des Jahres 1905 in ein neu errichtetes Gebäude übergesiedelt, und das erste Betriebsjahr in dem neuen, schönen Hause, dessen Bau in den ärztlichen Kreisen Bayerns allenthalben mit Freude begrüſst worden ist, war in Bezug auf Produktion der Tierlymphe das schwerste und an Fehlschlägen reichste Jahr. Zur Gewinnung des Jahresbedarfs, der sich nur unwesentlich höher stellte als vorher, waren ganz bedeutend mehr Tiere nötig als früher; eine ungewöhnlich groſse Zahl von Tieren erwies sich als krank, weshalb die von ihnen gewonnene Lymphe von vornherein von der Verimpfung ausgeschlossen werden muſste, bei acht Kälbern verlief die Impfung ganz resultatlos, eine Reihe anderer Tiere lieferte einen Impfstoff, der sich bei der Prüfung als nicht brauchbar erwies, und auch bei den übrigen Tieren entwickelten sich die Pusteln

vielfach nicht so schön und gut wie in früheren Jahren. Aufserdem blieb die zu den Impfungen verwendete Lymphe an Wirksamkeit hinter der Lymphe der vorausgegangenen Jahre zurück; Fälle, in denen sich nur eine Pustel entwickelte, sowie Fälle von Spätentwicklung der Pusteln kamen häufiger als früher zur Beobachtung, und auch die Zahl der Fehlimpfungen war gröfser. Die Schuld an diesen auffallenden Erscheinungen trägt in der Hauptsache wenigstens nach Sts. Überzeugung die zentrale Heizanlage des neuen Gebäudes, die auf die Pustelbildung bei den Tieren eine bisher unbekannte schädliche Wirkung ausgeübt haben mufs. Die Verhältnisse besserten sich nämlich ganz plötzlich, als in der zweiten Hälfte des Monats Mai die Zentralheizung aufser Betrieb gesetzt wurde. Die Dinge nahmen wieder ihren normalen Verlauf, die Pusteln an den Tieren entwickelten sich in der gewohnten Weise und brachten eine Lymphe, die an Wirksamkeit der in früheren Jahren gewonnenen nicht nachstand; die im Herbste vorgenommene Revaccination der Soldaten, zu der nur diese Lymphe verwendet wurde, ergab sogar bessere Resultate als im Jahre vorher (92,5 % erfolgreiche Impfungen gegen 91,9 %).

Zum ersten Male wurden im Jahre 1905 ältere Tiere (sogenannte Jungtiere) zur Produktion von Lymphe herangezogen; nach den dabei gemachten Erfahrungen bedeutet die Verwendung der Rinder gegenüber der Verwendung von Kälbern keinen Vorteil für die Lymphegewinnung, während die Verluste beim Wiederverkauf der Tiere viel höher sind.

Aus der grofsen Zahl der von den Amtsärzten mitgeteilten einzelnen Beobachtungen sei hier nur hervorgehoben, dafs der Gebrauch des unter dem Namen „Impfschutz“ im Handel befindlichen Heftpflasterverbandes mehrfach Reizung der Haut der Impfstelle bewirkte; bei einem Impfling erzeugte das Heftpflaster eine Erosion der Epidermis, und infolge von Autoinfektion entstand an der lädierten Stelle unter entzündlicher Beteiligung der Achseldrüsen ein grofser Kreis von Vaccinepusteln. Weit wichtiger ist die wiederum in mehreren Fällen gemachte Beobachtung von der Gefährdung ekzematöser Kinder durch die Impfung und noch nicht geimpfter, mit Ekzem behafteter Säuglinge durch unbeabsichtigte Übertragung von Lymphe. Ein Impfling mit Gesichtsekzem starb am zwölften Tage nach der Impfung infolge von Vaccineekzem und Sepsis. Ein anderes, noch nicht geimpftes Kind mit Gesichtsekzem, das auf ein von der Vaccinelymphe eines Bruders verunreinigtes Kopfkissen gelegt worden war, bekam eine heftige Vaccineinfektion der ganzen ekzematösen Hautfläche; dieses Kind genas vollkommen, obwohl mehrere Tage lang absoluter Lidverschlufs bestanden hatte. *Götz-München.*

Über das Schutzvermögen der subcutanen Vaccineinsertion, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 32.) Für die Feststellung des Schutzes, den die subcutane Einbringung der Lymphe beim Menschen sichert, hat N. 74 Impfungen bei Kindern vorgenommen, deren Ergebnisse durch eine Tabelle illustriert werden. Injiziert wurde die in physiologischer Kochsalzlösung stets erst im Momente des Gebrauchs suspendierte Lymphe meist an 2 cm von einander entfernten Stellen des linken Oberarmes mittels steriler, 4 cm langer Platiniridiumnadel. Die Menge der Aufschwemmung betrug 0,1—0,2 ccm, die Nadel wurde bis zum Pavillon in die Haut versenkt. Die Einstichstellen blieben unter sterilem Gazeheftpflasterverband. Die reguläre Impfung erfolgte in üblicher Weise durch Skarifikation mittels einer mit Handhaben versehenen, schwach konvex gewölbten Kautschukplatte mit Schlitzen, welche nur die Anbringung von 3 mm langen, 2 cm von einander entfernten Einschnitten gestatteten, um gleich lange und voneinander gleich entfernte Impflinien zu erzielen. Die Verdünnung der Lymphe wurde so vorgenommen, dafs ein Tropfen reiner Lymphe in 10 ccm 0,7 % steriler Kochsalzlösung aufgeschüttelt wurde. Aus

der Tabelle geht hervor, dafs die Vaccineinjektion zunächst keinerlei Veränderungen m Gefolge hat und das Insertionsgebiet bis zum zehnten Tage anscheinend völlig normale Verhältnisse aufweist. Meist ohne jeden Übergang und ohne Prodromalerscheinungen setzt, oft erst am 12.—14. Tage, die Formation druckempfindlicher Infiltrate ein, die alsbald zu einer Fixation des Integumentes führen und hie und da mit circumskripter, erythematöser Hautverfärbung einhergehen. Diese verschieden grofsen Infiltrationsherde sind stets an den Stellen der inkorporierten Lymphe anzutreffen, von wo aus mitunter die retikulierte Cutisschicht in Mitleidenschaft gezogen wird und die gesteigerten Entzündungsphänomene bis zum kutanen Gefäfsnetz vordringen. Nach wenigen Tagen schwinden die Reizerscheinungen, die kutanen Adhäsionen lockern sich und die indurierten Partien bieten eine mehr abgeflachte, schärfer begrenzte Konfiguration. Im übrigen sind die Läsionen von besonderer Hartnäckigkeit, da Residuen derselben noch nach Wochen nachweisbar sind. In keinem Falle war eine Gewebsschädigung oder Nekrose zu verzeichnen. Begleitphänomene allgemeiner Natur waren nur solche zu beobachten, welche der Klinik der Vaccine entsprechen. Zweimal trat eine Urticaria papulosa als postvaccinales Exanthem auf. Gleichzeitig bestehende Hauterkrankungen zeigten keine Beeinflussung der Dignität oder des Verlaufes. In einzelnen Fällen, in denen es wahrscheinlich zu einer Infektion des Stichkanals mit der virulenten Lymphe gekommen war, traten im Bereich der geröteten, inflammierten Injektionsareale charakteristische Impfpusteln auf. Was nun das Immunisierungsvermögen der subcutan einverleibten Lymphe anbelangt, so führte die Inokulation des sechsten Tages, den N. als frühesten Termin der Revaccination festgesetzt hatte, sowie die des siebenten, achten und neunten Tages stets zu positivem Ergebnis, während vom zehnten Tage an niemals ein kutane Haftung zu erzielen war. In allen acht Fällen der kutanen Haftung übte die Nachimpfung einen entschieden provokatorischen Einflufs auf den Eintritt der Reaktionsphänomene im subcutanen Impfgebiet aus. Nicht die gleiche Rückwirkung scheint der Subcutanimpfung zu dieser Zeit auf das Verhalten der reinokulierten Vaccine zuzukommen. In zwei bis drei Fällen war noch zwischen dem neunten und zwölften Tage mit der Revaccination eine mäfsig entzündliche Reizung der Insertionsstellen verbunden, die N. als eine einfache traumatische Reizung auffafst, da es in keinem der revaccinierten Fälle zur Entwicklung abortiver Vaccineformen kam. Nach dem zehnten Tage verhielten sich die Insertionsstellen absolut refraktär gegen die Revaccination. Sie blieben für einige Tage erhalten, um in kürzester Zeit spurlos zu verschwinden. Das immunisierende Vermögen der inkorporierten Lymphe scheint ganz unvermittelt einzusetzen, indem meist ein Zeitraum von 24 Stunden ausreicht, um der neuerlich eingebrachten Lymphe die intraepidermoidale und intracutane Haftmöglichkeit zu entziehen. Auch das Ausbleiben von Abortivformen und abgeschwächten Begleitphänomenen spricht nach N. dafür, dafs die Bildung der die Hautimmunität verleihenden Antikörper rasch von statten gehen mufs. Der Vorstellung einer allmählichen Entwicklung der Immunkörper kann auch auf Grund der gemachten Versuche die These von Pirquets entgegengehalten werden, der zufolge die einsetzende Immunität Überempfindlichkeit erzeugt. Eine ähnliche Reaktionsfähigkeit des Integuments in unmittelbarem Anschlufs an die subcutane Erstimpfung, also eine frühzeitige Wirksamkeit von Antikörpern hat die Experimentalserie nicht zu ergeben vermocht. N. hat ferner eine Reihe von Simultanimpfungen vorgenommen und gefunden, dafs die Pustulation an der Oberhaut einen typischen Verlauf nimmt, während an der subcutanen Insertionsstelle keinerlei Veränderungen auftreten, woraus N. schliefst, dafs die lokale Gewebsreaktion im subcutanen Zellgewebe durch den modifizierenden Einflufs der Hautimpfung schon frühzeitig unterbunden wird. Anderer-

seits mufs aber der gleichzeitigen Lymphinjektion, wie die angeführten Fälle beweisen, ein gewisser, die Intensität der Entzündungsphänomene gewaltig steigernder Einflufs auf das Symptomenbild der Vaccine zukommen, der fast stets erst am zehnten Impftag einzusetzen pflegt. Hält man die klinischen Merkmale der Subcutanimpfung mit den Ergebnissen der Revaccination zusammen, so ist das Inkubationsstadium der Unterhautvaccine mit neun bis zehn Tagen zu bewerten. Für die Pathologie der Vaccine ergibt sich nach N., dafs nicht allein die charakteristischen, keiner weiteren Art von Hautveränderungen zukommenden epithelialen Degenerationsbilder nur der spezifischen Affinität des Vaccinevirus zu den Oberhautzellen ihre Entstehung verdanken können, sondern die Subcutanimpfungen zeigen, dafs auch das kollagene Gewebe der Subcutis als äufserst empfänglicher Nährboden des Vaccinevirus zu würdigen ist, der schon für die geringsten Spuren der eingebrachten Lymphe die glänzendsten Haftbedingungen bietet. Als entschiedene Vorteile der percutanen Methode hebt N. hervor: die annähernde Dosierbarkeit, der ausnahmslos mildere klinische Verlauf, die Verhütung von Sekundärinfektionen, die Vorbauung der Autoinokulation sowie die Vermeidung der entstellenden Narbenbildung. Subjektive Beschwerden sind nicht gröfser als bisher, objektive Veränderungen nach kurzer Zeit ohne nachweisbare Residuen verschwindend. Hindernd steht der Umstand im Wege, dafs noch nicht genügende klinische Kriterien vorliegen, um die erfolgte Haftung mit Sicherheit bezeugen zu können, und die stete Ausführung von Kontrollimpfungen in der Praxis schwer durchführbar ist. Auch umfassen die verfügbaren Daten einen viel zu engen Zeitraum, um über die Dauer der Immunität auch nur annähernd ein Urteil abzugeben.

Putzler-Danzig.

Dermatologische Beiträge: Revaccinationserscheinungen nach Fieberattacken, von P. Näcke-Hubertusburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) Das $1^1/_2$jährige Söhnchen Ns. wurde im September 1906 zum ersten Male mit Erfolg geimpft; die Reaktion war ziemlich heftig, aufser einer brettharten Schwellung der Impfstelle entwickelte sich am ganzen Körper ein masernähnliches Exanthem, das nach zwei bis drei Tagen wieder verschwand; die Suppuration der Pusteln war eine starke, es dauerte etwa vier Wochen, bis rötliche Narben sich gebildet hatten. Vier bis fünf Wochen nach der Impfung bekam das Kind eine leichte Angina tonsillaris; nach dem Aufhören des Fiebers zeigte sich deutliche Rötung, Schwellung und weifsliche Trübung der Impfnarbenränder, die frischen Impfnarben sahen infolge dessen wie Impfpusteln aus; die übrige Haut blieb unverändert. Nach acht bis neun Tagen gingen die Erscheinungen unter leichter Abschuppung zurück. Sechs Wochen später trat wiederum eine Angina auf, die von den gleichen Veränderungen der Impfnarbenränder gefolgt war; dagegen war zweitägiges, wahrscheinlich durch Ingestion verursachtes Fieber, das der Junge vor der ersten Halsentzündung durchgemacht hatte, ohne Einwirkung auf die Impfnarben geblieben.

N. kann sich das eigentümliche Phänomen nur so erklären, dafs trotz der langen Eiterung der Pusteln an der Impfstelle ein lebensfähiger Rest des Vaccinekontagiums zurückgeblieben war und dafs dieser Rest durch das Fieber aktiv wurde. Der Ähnlichkeit wegen bezeichnet N. die beschriebenen Veränderungen der Impfnarbenränder als Revaccinationserscheinungen. — Wie Rille-Leipzig dem Verfasser mitteilte, sind analoge Beobachtungen bisher nicht gemacht worden. *Götz-München.*

Subcutane Vaccineinjektionen am Menschen, von Wilhelm Knoepfelmacher-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Kraus und Volk haben den Nachweis geführt, dafs es am Affen gelingt, durch subcutane Injektion von stark verdünnter Lymphe (1:1000 physiologischer Kochsalzlösung) Immunität gegen Vaccinevirus zu erzielen. Versuche an zwei Kollegen mit Lymphe, welche im Ver-

hältnisse von 1 : 10 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt worden ist, zeigten, dafs selbst solche Verdünnungen nicht zu Immunisierungszwecken angewendet werden können. Verfasser machte nun Versuche am Menschen mit stark verdünnter Lymphe, gleichzeitig machte auch NOBL unabhängig vom Verfasser ähnliche Versuche. KNOEPFELMACHER hat bisher 17 vorher ungeimpfte Kinder subcutan injiziert. Zur Injektion wurde Glycerinlymphe 1 : 1000 physiologischer Kochsalzlösung angewandt. Von diesen 17 Kindern sind sechs durch die Einverleibung der Lymphe gegen die nachträgliche Hautimpfung immun geworden, elf Kinder haben auf die Hautimpfung reagiert. NOBL hat 74 Kinder mit einer Lymphe, welche im Verhältnisse von 1 : 16, respektive 33, 83, 116 verdünnt worden war, injiziert und zwar nur Mengen von 0,05—0,2 ccm. Während K. bei seinen Versuchen in sechs von sieben Fällen volle Immunität, in vier Fällen partielle und in vier Fällen keine Immunität erzielte, hatte NOBL in allen Fällen Immunität erreicht, wenn die Hautimpfung nach dem zehnten Tage vorgenommen wurde. Die Untersuchungen haben vorläufig hauptsächlich theoretisches Interesse, doch ist es wünschenswert, dafs die subcutane Methode der Vaccineimmunisierung auch praktische Anwendung finde. Denn da die Hautimpfung häufig zu Fieber und Störung des Allgemeinbefindens führt, wäre die subcutane Injektion gewifs vorzuziehen, sobald die Methode eine sichere Immunität verspricht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Was wissen wir über den Vaccineerreger? Von E. PASCHEN - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1906. Nr. 49.)

Was wissen wir über den Vaccineerreger? Kurze Bemerkungen zu dem Aufsatz PASCHENS von J. SIEGEL-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.)

Antwort auf SIEGELS Bemerkungen von PASCHEN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.)

Was wissen wir über den Vaccineerreger? Berichtigungen zu den Bemerkungen SIEGELS von MÜHLENS und HARTMANN.

Die Arbeit PASCHENS ist die schriftliche Niederlegung eines Referates, das er auf der Versammlung der Vorstände der deutschen Impfstoffgewinnungsanstalten in München (6. September 1906) erstattet hat. P. betont zu Eingang seiner Ausführungen, dafs der Cytorrhyctes vaccinae SIEGELS, wie die Arbeiten von PROWAZEK, MÜHLENS und HARTMANN unwiderruflich dargetan haben, nicht der Erreger der Vaccine ist. Auch die Vaccinekörperchen sind die Vaccineerreger nicht, enthalten aber vielleicht die unbekannten und nur nicht sichtbaren Erreger. PROWAZEK fand sowohl in den Vaccinekörperchen wie in den Zellkernen seine Initialkörper, die er als die eventuellen Träger der Infektion anspricht. Sicher ist, dafs der Vaccineerreger in der Lymphe in ungeheurer Menge vorhanden sein mufs, dafs er ein lebender Organismus und, da er gewisse Filter passiert, von aufserordentlicher Kleinheit ist. — NOBL berichtete vor kurzem über erfolgreiche subcutane Impfungen bei Kindern ohne klinisch nachweisbare Gewebsreaktion an der Injektionsstelle; er kommt zu dem Schlusse, dafs „auch das kollagene Gewebe der Subcutis ein äufserst empfänglicher Nährboden des Vaccinevirus ist, der schon den geringsten Spuren der eingebrachten Lymphe die glänzendsten Haftbedingungen leistet". — Von höchstem Interesse sind die Fragen über das Zustandekommen der Immunität durch den Vaccineerreger. KRAUS hat zehn Tage nach der Exzision von Hautstellen, die vor dreimal 24 Stunden injiziert worden waren, revacciniert und die Hautdecke immun gefunden. PASCHEN selbst hat schon 1903 berichtet, dafs Impfung einer Kornea nur diese, nicht aber die andere immunisiert, und dafs Hautimpfungen bei Kaninchen keine Immunität der Kornea erzeugen. — Eigene Untersuchungen über den Vaccineerreger liefsen PASCHEN in verdünnter Kinder- und in reiner Kalbslymphe eine überraschend grofse Menge

sehr kleiner, mit GIEMSA-Lösung gleichmäfsig sich färbender Körperchen erkennen; die Körperchen zeigten sich in verschiedenen Stadien: 1. als etwas gröfsere rundliche Körperchen; 2. als Körperchen, die sich scheinbar in der Mitte spalten, jede Hälfte mit einem fädigen, äufserst feinen Fortsatz, durch den sie am Ende noch verbunden sind; 3. die Hälften auseinandergeschlagen, die Fäden noch in einem Punkte verbunden; 4. kleine Körperchen mit eben sichtbarem fädigen Fortsatz. PASCHEN registriert den Befund, ohne irgendwelche weiteren Schlüsse daraus zu ziehen. Auch PROWAZEK, der einige Präparate durchgesehen hat, konnte bei der Kleinheit des Organismus zu keiner Entscheidung kommen, er hält es aber für möglich, dafs die Körperchen mit seinen Initialkörpern identisch sind.

SIEGEL wendet sich zunächst gegen die Behauptung PASCHENS, derzufolge die Arbeiten von PROWAZEK, MÜHLENS und HARTMANN unwiderruflich dargetan haben, dafs der Cytorrhyctes vaccinae nicht der Erreger der Vaccine ist. Vielmehr habe PROWAZEK in einem der wesentlichsten Punkte seine Angaben bestätigt, indem er die Ähnlichkeit der Initialkörper mit der schematischen Abbildung des Cytorrhyctes vaccinae hervorhebt. — Die von PASCHEN erwähnte Filtrierbarkeit des Vaccineerregers ist zuerst von SIEGEL, die subcutane Haftung des Vaccinevirus schon vor NOBL nachgewiesen worden. — Auf Grund eines recht kühnen Schlusses behauptet SIEGEL am Ende seiner Bemerkungen, PASCHEN bestätige durch den Nachweis der beschriebenen Körperchen, die er als Erreger gelten lassen möchte, SIEGELS eigene Befunde; denn PASCHEN sagt von diesen Körperchen, dafs sie vielleicht mit PROWAZEKS Initialkörperchen identisch sind, PROWAZEK aber idendifiziere die Initialkörper mit dem Cytorrhyctes vaccinae.

Dagegen wendet sich nun wieder PASCHEN; er betont, dafs PROWAZEK nur von einer Ähnlichkeit der Initialkörper mit der schematischen Abbildung SIEGELS, niemals aber von ihrer Identität mit Cytorrhyctesformen gesprochen hat, und dafs seine eigenen Befunde in keiner Weise die Befunde SIEGELS bestätigen. Über die Natur der von ihm beobachteten Körperchen hat sich PASCHEN, wie er nochmals ausdrücklich hervorhebt, sehr vorsichtig geäufsert; er hat sie nicht als Erreger bezeichnet.

MÜHLENS und HARTMANN endlich weisen die Behauptung SIEGELS, „dafs sie die von ihm als Erreger bezeichneten Körper gar nicht gesehen und dafür Hämokonien beschrieben haben“, als durchaus falsch aufs entschiedenste zurück. Nach den eigenen Äufserungen und Beschreibungen SIEGELS können die von ihnen eingehend beschriebenen, in normalen Blut- und Gewebsausstrichen gefundenen Gebilde keine Hämokonien sein, sondern müssen als echte SIEGELsche Cytorrhycten angesehen werden. Das heifst also: die Cytorrhycten SIEGELS kommen in normalen Blut- und Gewebsbestandteilen vor, sie können daher nicht als Erreger von Variola, Syphilis, Scharlach, Maul- und Klauenseuche gelten. Ausführlicher werden MÜHLENS und HARTMANN die Publikationen SIEGELS im *Centralbl. f. Bakteriol.* berichtigen. *Götz-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Filtrierbarkeit des Vaccinevirus, von A. CARINI-São Paulo (Brasilien). (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 42. Heft 4.) C. gelang es, mit der von NEGRI angegebenen Technik ein Filtrat des Vaccinevirus zu erzielen (durch BERKEFELD, V. und N., und SILBERSCHMIDT-Kerzen) und mit dem Filtrat verschiedene Male typische Pusteln sowohl auf Rindern wie auf Kaninchen und Meerschweinchen zu erzeugen. Mehrwöchentliche Mazeration scheint eine notwendige Bedingung zur Erzielung eines wirksamen Filtrates zu sein. C.s Experimente waren immerhin nicht zahlreich genug, als dafs sie ihm ein abschliefsendes Urteil über den Einflufs der Filtration auf die Inkubationszeit und die Wirksamkeit der Lymphe erlaubten, in Übereinstimmung mit den Beobachtungen anderer scheint ihm jedoch, dafs die Inkubationszeit um ein bis zwei Tage verlängert wird und dafs die durch filtrierte Vaccine erzeugten Pusteln den Charakter schwacher Lymphe tragen. *Stern-München.*

Die Züchtung der Tierlymphe, von Paul Schenk. (*Med. Woche.* 1907. Nr. 10.) Die Gewinnung und Verarbeitung eines für seinen Zweck besonders geeigneten, idealen Impfstoffes ist immer noch nicht erreicht. Bei der Züchtung der Tierlymphe ist die richtige animale Lymphe zu unterscheiden von der Retrovaccine und der Variolavaccine. Aus der letzteren wird die reine animale Lymphe. Diese animale Lymphe, auf das Rind und von diesem zurück auf das Kalb verimpft, gibt die Retrovaccine. Die Lymphe darf nicht zu abgelagert sein, sonst wird sie wirkungslos. Aus den Untersuchungen ergibt sich mit voller Sicherheit das eine: Wir sind wohl imstande, eine Abstufung in der Wirksamkeit der verschiedenen Sorten der Tierlymphe zu konstatieren, aber noch weit entfernt davon, einen in seiner Toxinwirkung einigermaſsen gleichmäſsigen und genau zu kontrollierenden Impfstoff herstellen zu können.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Züchtung von Tierlymphe, von Stumpf-München. (*Beil. z. Zeitschr. f. Med.-Beamte.* 1906.) Bericht über die III. Landesversammlung des Bayrischen Medizinalbeamten-Vereins Nürnberg, 25 und 26. Juni 1906. St. hatte folgende Leitsätze für diesen Vortrag aufgestellt:

I. Die heutige Erfahrung gestattet es, die verschiedenen Sorten von Tierlymphe wohl zu charakterisieren.

II. Die Retrovaccine ist ein Quantitäts-, die animale Lymphe ein Qualitätsstoff.

III. Die Verwendung von Retrovaccine zur Schutzpockenimpfung ist von lokalen Bedarfsverhältnissen abhängig.

IV. Durch geeignete Regeneration ist es möglich, die Retrovaccine zu einem erstklassigen Schutzstoffe zu machen.

V. Da die idealste Regeneration nur durch Einführung eines kräftigen Variola-Vaccinestammes zu erzielen ist, so muſs eine richtig geleitete zentrale Lympheerzeugungsstätte darauf dringen, von jedem innerhalb der Landesgrenzen vorkommenden Blatternfalle durch den Amtsarzt des betreffenden Bezirks sofort Kenntnis zu erhalten.

Putzler-Danzig.

Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen, von Stabsarzt Diesing. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 42. Heft 7.) Bei Gelegenheit einer in Südkamerun ausgebrochenen Pockenepidemie erhielt D. den Auftrag, eine möglichst weitgreifende Durchimpfung der weiſsen und farbigen Bevölkerung vorzunehmen; wegen Mangel an Lymphe muſste er daran gehen, mittels des zur Verfügung gestellten Kälbermaterials die notwendige Lymphe selbst zu erzeugen. Er impfte Kälber teils mit europäischer Lymphe, teils mit Sekret, das aus einigen frisch geöffneten, noch nicht vereiterten Pusteln einer pockenkranken Negerin entnommen wurde. Am vierten Tage hatten sich noch keine Pusteln, wohl aber kreisrunde, hellgelbe Papeln gebildet, welche D. mit einem groſsen halbstumpfen Messer in Form einer halb breiigen, scholligen Masse abnahm, eine Berührung mit nachdringendem Blute sorgfältig vermeidend. Die von einem Kalbe gewonnene Lymphe (ca. 4000 Portionen) wurde ohne weiteres auf weiſse und farbige Bevölkerung verimpft und ergab etwa 80—90 % Erfolg; zum Versand in die Kolonien eignete sie sich jedoch nicht, da sie schon nach kurzer Zeit infolge der hohen Temperatur in ihrer Wirksamkeit nachlieſs. Bei der zweiten Art Lymphe (von den Pusteln der Negerin gewonnen) muſste jedoch D. wegen deren hoher Virulenz noch eine Passage durch ein zweites Kalb anlegen und gewann dann etwa 6000 Portionen, welche er nun ohne Bedenken in groſsem Maſse verwandte und die sich in ihrer Wirksamkeit nicht mehr von guter europäischer Lymphe unterschied. Bei Kindern ging sie ohne Ausnahme an, bei Erwachsenen zu einem hohen Prozentsatz — groſsenteils handelte es sich bei Nichterfolg um schon Vorgeimpfte. Die Lymphe hatte ferner den in den Tropen nicht hoch genug zu schätzenden Vorteil

grofser Haltbarkeit, selbst bei den ganz extremen Temperaturen, die in Kamerun an der Küste von Dezember bis April herrschen können. D. hat diese Lymphe auf Flufsfahrten und Märschen durch den Urwald in Porzellangefäfsen, die mit angefeuchteter Watte umhüllt waren, wochenlang wirksam erhalten und Tausende von Menschen damit vor schlimmer Krankheit geschützt. Die Vorzüge dieses im tropischen Klima neugezüchteten Lymphstammes für den Gebrauch in den Kolonien sind also folgende: sehr billige Herstellung, hohe Virulenz und grofse Haltbarkeit und dürften von jedem Kenner kolonialer Verhältnisse nicht hoch genug geschätzt werden.

Stern-München.

Zum Thema der vermeidbaren Impfschäden, von Georgii - Maulbronn. (*Zeitschr. f. Med.-Beamte.* 1906. Nr. 19.) Der Artikel enthält eine Berichtigung der Steinhausschen Kritik, welche der letztere an einem Aufsatz über vermeidbare Impfschäden geübt hatte, der in Nr. 9, 1905 dieser Zeitschrift von G. veröffentlicht worden war. G. behauptet, nicht die Blochmannschen Forderungen bezüglich einer Revision der bestehenden Vorschriften für die Ausübung des Impfgeschäftes in durchaus ablehnender Weise besprochen, sondern nur das praktisch Brauchbare und zugleich Verwendbare von den Blochmannschen Ausführungen beleuchtet zu haben.

Putzler-Danzig.

Einige Beobachtungen über Störungen, welche bei gewissen Kranken durch den Impfprozefs bedingt wurden, von A. Fage-Paris. (*Arch. gén. de méd.* Nr. 15.) Wegen Pockengefahr wurden in einem Krankensaale sämtliche Patienten geimpft, unter ihnen neun Säuglinge, von denen vier positive Impfbläschen entwickelten. Unter diesen zeigten drei mit dem Auftreten der Impfreaktion einen deutlichen Gewichtsabfall, während sie vorher eine entschiedene Besserung ihres Primärleidens (Gastro-Euteritis) und Gewichtszunahme dargeboten hatten. Ein Kind zeigte allerdings neben den Impfpusteln auch einen charakteristischen Varicellenausschlag, und ein anderes ging an Broncho-Pneumonie zugrunde. Ein anderes, 14jähriges tuberkulöses Mädchen bot im Anschlufs an die Impfung eine vorübergehende allgemeine Verschlimmerung dar. Im allgemeinen kann man nicht behaupten, dafs der nachteilige Einflufs der Impfung hier einwandsfrei bewiesen sei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vaccine und Ekzem, von Groth-München. (*Beil. z. Zeitschr. f. Med.-Beamte.* 1906.) Offizieller Bericht über die III. Landesversammlung des Bayrischen Medizinalbeamten-Vereins Nürnberg, 25. u. 26. Juni 1906. G. fafst den Inhalt dieses Vortrages in folgende Leitsätze zusammen:

1. „Die Entwicklung von Vaccine-Effloreszenzen auf dem Boden eines Ekzems kann in jedem Stadium des Ekzems auch nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen stattfinden und zu schwerer Erkrankung des Impflings führen.

2. Da diese Erkrankung die gefährlichste Impfschädigung darstellt, so ist die Impfung von an Ekzem leidenden Kindern sowohl während der Dauer der Erkrankung als auch noch unmittelbar nach Ablauf derselben durchweg zu unterlassen.

3. Andere Hautausschläge können in gewissen Fällen eine Kontraindikation gegen die Impfung bilden; die generelle Unterlassung der Vaccination bei denselben ist jedoch nicht gerechtfertigt.

4. Die Ministerialverordnung vom 23. Juni 1901 ist dahin abzuändern, dafs

a) an Ekzem leidende Kinder nicht allein bei Bestehen entzündlicher Erscheinungen, sondern auch nach Ablauf sämtlicher Krankheitserscheinungen, solange noch eine Disposition zu Ekzem erkennbar ist, nicht geimpft werden dürfen und

b) die Impfung von an anderen Hautausschlägen leidenden Kindern dem Ermessen des impfenden Arztes anheimzustellen ist." *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von lokalisierter Generalvaccine, von Karl Hochsinger-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) Der Fall unterscheidet sich von den gewöhnlichen Fällen der Generalvaccine dadurch, daſs die zweite Eruption der Vaccinepusteln nicht ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Exanthem bildete, sondern sich lediglich in der Umgebung der primären Impfstellen lokalisierte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Vaccineerkrankung des Lidrandes, von zur Nedden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) Zur Nedden bemerkte bei einer 18jährigen Patientin sechs Tage nach erfolgter Impfung am Oberarm eine Anschwellung an dem rechten Auge, welche in den nächsten Tagen rasch zunahm. Durch Schwellung der Lider ist das Öffnen des Auges unmöglich. Erst nach Auseinanderziehen der Lider sieht man in der Mitte des oberen Lidrandes einen 6 mm breiten, unregelmäſsig begrenzten Defekt, welcher von einer weiſslichen Membran bedeckt ist. Letztere läſst sich nicht abwischen, dagegen kann man sie mit der Pinzette leicht in toto abziehen, worauf ein frisch rot aussehendes Geschwür zum Vorschein kommt. Dasselbe ist sehr flach und grenzt sich gegen die Conjunctiva scharf ab, ohne auf letztere überzugreifen. Unmittelbar daneben befinden sich drei kleinere Geschwüre am intermarginalen Saum von derselben Beschaffenheit. Auch in der Mitte des unteren Lidrandes sieht man ein ebensolches Ulcus. In dem Belag der Lidrandgeschwüre lassen sich mikroskopisch auſser spärlichen kokkenartigen Gebilden keine Bakterien nachweisen. Die präaurikulare Lymphdrüse der rechten Seite ist etwas geschwollen und druckempfindlich. — Es unterliegt keinem Zweifel, daſs es sich hier um eine Vaccineinfektion des Lidrandes handelt, welche von den Pusteln am Arm übertragen worden ist. Die Prognose des Falles ist günstig, da die Krankheit auf die Lidränder beschränkt ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über den Nachweis von Antikörpern im Serum eines Leprakranken mittels Komplementablenkung, von Ernst Eitner-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) Ein verhältnismäſsig bequemes Mittel für den Nachweis von selbst sehr kleinen Mengen gelöster Bakteriensubstanzen, sowie ihrer Reaktionsprodukte, der Antikörper im Blutserum oder in anderen tierischen Säften haben wir durch die Komplementablenkung an die Hand bekommen. So gelang es, im Serum mit syphilitischem Produkte geimpfter Affen, sowie im Extrakt von Gewebsteilen Luetischer die entsprechenden Antikörper zu demonstrieren. Ein Fall von Lepra gab dem Verfasser Gelegenheit, auch bei dieser Krankheit den Nachweis von Antikörpern im Blutserum mittels der Komplementablenkung zu versuchen. Nach seinen Versuchen erscheint die Annahme berechtigt, daſs das Serum der Leprakranken infolge seines Gehaltes an spezifischen Antikörpern imstande ist, Komplementablenkung zu bewirken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein bakterielles Fett als immunisierende Substanz bei der Lepra, seine theoretische und praktische Bedeutung, von Deycke-Pascha und Resched-Bey-Konstantinopel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 3.) Den Autoren gelang bei schwerer Lepra die Reinkultur einer Streptothrixart, die sie Leprösen subcutan injizierten. Durch diese Maſsnahme trat eine weitgehende Besserung auf in bakterieller wie histologischer Beziehung. Auf Grund dieser Versuche begaben sie sich daran, den wirksamen Bestandteil aus den Bakterien herzustellen. Nach langen, mühevollen Experimenten gelang ihnen

die Isolierung eines fettähnlichen Körpers, den sie Nastin nannten. Durch subcutane Applikation desselben erzielen sie bei leichter und mittelschwerer Lepra meist einen Stillstand oder eine Abnahme des Prozesses, in einzelnen Fällen auch vollkommene Heilung. Bei schwereren Fällen erreichen sie eine Einschränkung im Fortschreiten der Erkrankung, die schwersten Fälle werden überhaupt nicht beeinflufst. Am meisten versprechen sich die Autoren von der Anwendung des Präparates als Prophylaktikum gegen Lepra. *Carl Schramm-Dortmund.*

Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung unter Behandlung mit Oleum Chaulmoogra, von J. A. Thompson-Sydney. (*Lancet.* 1. Dez. 1906.) Es handelte sich um einen 65 jährigen Soldaten, gebürtig aus England, der den gröfsten Teil seines Lebens in Neuseeland und Australien zugebracht hatte. Die ersten Symptome von Lepra bemerkte er im April 1904, und im Juni dieses Jahres wurde er zum ersten Male von T. untersucht, wobei verschiedene Maculae an vielen Stellen des Körpers, Verhärtung der Ulnarnerven, Taubheit der Finger usw. konstatiert wurden. Leprabazillen wurden in reichlicher Anzahl in der aus einigen auf der Stirn lokalisierten Knoten stammenden Flüssigkeit gefunden. Im September 1906 wurde Patient entlassen, nachdem eine ganz wesentliche Besserung eingetreten war. Verfasser schreibt dieses günstige Resultat dem Chaulmoograöl zu, von dem lange Zeit grofse Dosen bis zu 15 g im Tage gereicht worden waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Isolierung von Leprakranken im Capland, von J. Hutchinson-London. (*Lancet.* 3. Nov. 1906.) Nach dem offiziellen Bericht der Gesundheitsbehörde im Capland hat dort die Anzahl der Leprösen stetig zugenommen, und man schätzt die Zahl derselben, abgesehen von den in den Lepraheimen internierten, auf mindestens 1000. H. deduziert hieraus die völlige Nutzlosigkeit solcher Asyle und führt wieder seine Theorie von der Übertragung der Lepra durch Fischnahrung ins Treffen. Vor anderthalb Jahrhunderten, führt er aus, gab es im Capland nur drei Leprakranke. Um diese Zeit erst hätten die dortigen Einwohner angefangen, eingesalzene Fische zu geniefsen. Gleichzeitig mit der gröfseren Ausbreitung dieser Gewohnheit habe die Anzahl der Leprakranken sich rapide vermehrt, trotzdem Asyle auf Robben Island, in Emjangana und Hemel-en-Aard gegründet wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachtrag zu der Abhandlung „Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra“, von Diesing. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Verfasser berichtet über die jetzt publizierte Mitteilung aus dem Lepraheim in Memel, wo er im vorigen Jahre Versuche mit der Jodoformbehandlung bei mehreren Leprösen eingeleitet hat. Aus dieser Mitteilung geht hervor, dafs die Behandlung, obwohl sie nicht sehr eingehend und nicht genügend lange durchgeführt wurde, doch sehr bemerkenswerte Resultate erzielt hat. Am meisten Interesse erregt die Beobachtung, dafs eine Kranke nach zwei Injektionen ein hohes und wochenlang anhaltendes Fieber zu überstehen hatte, was mit der von anderer Seite gemachten Erfahrung, dafs Lepröse auf Jodzufuhr mit Fieber reagieren, im Einklang steht. Die vom Verfasser geäufserte Ansicht über die Wirkungsweise des Jods in statu nascendi auf den leprös erkrankten Organismus (Abtötung der Leprabacillen und Bildung von Antikörpern) erfährt dadurch eine Stützung. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

b. *Tuberkulose.*

Inwieweit besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmafsnahmen zu wirksamer Prophylaxe, von Karl Ullmann-Wien. (*New York. med. Monatsschr.* 1906. Nr. 8.) Lupös-tuberkulöse Kranke bergen in sich Infektionstoffe verschiedener Art, welche für die Umgebung durch Inhalation

oder durch direkten und unmittelbaren Kontakt mit Wunden oder mit der zufällig exkoriierten Haut bezw. Schleimhaut schädlich wirken können. Es sind daher infektiöse Kranke von den nichtinfektiösen schon bei der Aufnahme nach einer genauen Untersuchung aller Organe abzusondern und in eigenen, möglichst von den Hauptbehandlungsräumen abseits liegenden Räumen unter besonderen Vorsichtsmaſsregeln unterzubringen. Beim Gebrauche von Instrumenten, Drucklinsen, Kopfpolsterüberzügen, Leinentüchern ist sorgfältigste Antisepsis zu beobachten. Den Behandlungsräumen sind alle nicht tuberkulösen Kranken, Begleitpersonen und unbeschäftigte Wärter möglichst fernzuhalten. In den Warte- und Arbeitsräumen zu schlafen, ist strengstens zu verbieten. Kranke mit exkoriierten Hautpartien, Wunden nicht tuberkulöser Natur sollen nicht mit den übrigen Kranken, sondern in eigenen Räumen behandelt werden.

Schourp-Danzig.

Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn, von A. Huber-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1906. Nr. 42.) Auf Grund statistischer Daten kann die Zahl der Lupuskranken in Ungarn auf 4½ Tausend geschätzt werden, wovon 58,7% auf das weibliche Geschlecht fallen. Am häufigsten ist die Krankheit im Alter von 11—20 Jahren. *B. Kollarits-Budapest.*

Lupus pernio der oberen Luftwege, von Siebenmann-Basel. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 3.) Ein 23jähriger, sonst gesunder Mann erkrankte vor drei Jahren mit Schwellung und Undurchgängigkeit der Nase, Heiserkeit und Infiltrierung des Gesichtes. Alle Infiltrate in Nase, Rachen, Mund und Kehlkopf zeigten das nämliche mikroskopische Bild. Der im *Archiv für Laryngologie* eingehend beschriebene Fall zeigt histologisch eine intakte Epidermis und im Papillarkörper Rundzelleninfiltrate, in der Cutis und Subcutis bis in das subcutane Fettgewebe zahlreiche, meist rundliche Infiltrate aus Rundzellen, Bindegewebszellen, epitheloiden und Mast- und Riesenzellen. Im Zentrum vereinzelte Andeutung von Verkäsung. Trotz der unverkennbaren Ähnlichkeit des Bildes mit dem histologischen Aufbau tuberkulöser Hautaffektionen gelang es nicht, durch Färbung oder Tierversuche, die mutmaſslichen Erreger zur Darstellung zu bringen.

Klinisch ist der Fall bemerkenswert durch hochgradige ödemartige Infiltrierung der Augenlider, durch seine Ausbreitung über Stamm und Extremitäten in Form von gefäſsähnlich sich verästelnden Tumorenketten, durch das Fehlen von oberflächlichem Zerfall in der Haut, durch die vorübergehende totale Involution sämtlicher Knoten infolge einer Streptokokkeninfektion und eines Gesichtserysipels mit nachfolgendem Wiederauftreten des Leidens in früherer Form und Stärke. *Schourp-Danzig.*

Lupus vulgaris des Ohres, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. I. Nr. 1.) Bericht von zwei Krankheitsfällen, bei welchen im Laufe der Jahre die Ohrmuschel völlig der Erkrankung zum Opfer gefallen war. Während alle Heilmethoden, darunter auch Röntgen- und Finsenlichtbehandlung, versagten, sah der Verfasser den besten Erfolg von der Pinselung mit reinem Lysol.

Schourp-Danzig.

Über die Dauerheilung operativ behandelter chirurgischer Tuberkulosen, von Eduard Weinbrenner. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1906.) In der Behandlung des Lupus wurde am Heilbronner Krankenhaus die Exstirpation alles Kranken im Gesunden als das zuverlässigste Verfahren befunden; dabei ist Voraussetzung, daſs der zu schaffende Defekt nicht zu groſs und entstellend wird. Die nach Röntgenbehandlung bald auftretenden Rezidive machen diese Art der Behandlung zu einer wenig aussichtsvollen. *Fritz Loeb-München.*

Über den heutigen Stand der Lupustherapie, von A. Buschke-Berlin. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 48.) Klinischer Vortrag, in dem Verfasser den enormen Fortschritt

in der Lupusbehandlung in den letzten 25 Jahren feststellt und die Wirkungsweise und die Indikationen einzelner Behandlungsmethoden bespricht. Keine von ihnen — weder die Tuberkulinbehandlung, noch die Exzision, die Finsentherapie, die Röntgenmethode, das Radium, die Heifsluftbehandlung, die Pyrogallusätzung, die Behandlung mit roher Salzsäure — kann als ausschliefsliche Behandlungsmethode des Lupus gelten, sie stellen aber alle wertvolle Bereicherungen der Therapie dar; die Aufgabe des Arztes ist es, in jedem einzelnen Falle zwischen den verschiedenen Behandlungsverfahren zu wählen und je nach Sitz, Ausdehnung, Intensität und Dauer des Falles bald der einen, bald der anderen, bald einer Kombination mehrerer Methoden den Vorzug zu geben.

Was die Tuberkulinbehandlung anbelangt, ist sie nach Verfasser zu Unrecht geschmäht und verlassen worden. Vorsichtig und konsequent angewandt, stellt sie nach seinen Erfahrungen ein aufserordentlich wertvolles Unterstützungsmittel anderer Behandlungsmethoden dar, ja in manchen Fällen, wo aus irgendwelchen Gründen eine lokale Behandlung nicht Platz greifen kann, ist sie als alleiniges Behandlungsmittel von grofsem Werte. In der Regel verwendet Verfasser das Alttuberkulin in minimalen, sehr langsam steigenden Dosen. Aber auch die Anwendung etwas höherer Dosen in Fällen, wo die kranken Herde durch ein anderes Verfahren freigelegt sind und wo die durch das Tuberkulin hervorgerufene erneute Entzündung der lupösen Partien eine Abschwemmung der durch die Injektion freigewordenen Krankheitsstoffe nach aufsen ermöglicht, scheint dem Verfasser in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden ein zweckmäfsiges Verfahren zu sein.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Kombination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberkulösen Geschwüre der Unterlippe, von Moriz Weiss-Alland. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) Kasuistisches Material, welches den guten Einflufs des Sonnenlichtes bei Tuberkulose zeigt. Sonst nichts Neues.

Bernhard Schulze-Kiel.

Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Lupus vulgaris, von H. W. van Allen-Springfield. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. I. Nr. 5.) Überblick über 15 behandelte Fälle, welche ¼—3 Jahre nach der Behandlung weiter beobachtet wurden. Der Verfasser erzielte in 80 bezw. 87 % der Fälle mittels Röntgenbestrahlung Heilung. Er nahm die Sitzungen zweimal wöchentlich von zehn Minuten Dauer vor bis zum ersten Auftreten von Hyperämie; danach wurde nur einmal wöchentlich bis monatlich bestrahlt.

Schourp-Danzig.

Die Eugallolbehandlung des Lupus vulgaris, von Józef Swiatkiewicz. (*Lwowski Tygodnik lek.* 1907. Nr. 3.) Die von Grüneberg eingeführte und dann, als zu oberflächlich wirkende, verlassene Eugallolbehandlung des Lupus vulgaris wurde vom Verfasser wieder aufgenommen, und er erzielte damit sehr günstige Resultate. Verfasser verwendet Eugallol in Lösung mit Aceton zu Umschlägen, die er 24 Stunden lang auf die erkrankten Partien einwirken läfst. Die schwachen Konzentrationen haben sich als wirkungslos erwiesen, die 66 %ige Eugallollösung wurde dafür fast ausnahmslos sehr gut vertragen. Die Resultate der bisher behandelten 18 Fälle von Lupus vulgaris lassen den Verfasser die Hoffnung aussprechen, dafs seine Eugallolbehandlung, die kosmetisch sehr günstig ist, nicht zu lange dauert und sogar die tiefgreifenden Herde mit Erfolg angreift, sich in der Reihe der verschiedenen Verfahren der Lupusbehandlung wohl einbürgern wird.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

c. *Syphilis.*

Über den Nachweis syphilitischer Antikörper im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern nach dem Wassermann-Plautschen Verfahren der Komplementablenkung, von J. Morgenroth und G. Stertz-Breslau. (*Virchows Arch.* Bd. 188. Heft 1.) Die Verfasser prüften das von Wassermann und Plaut in der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1906, Nr. 44 angegebene Verfahren zum Nachweis syphilitischer Antikörper in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern nach. Die Zahl der untersuchten Spinalflüssigkeiten betrug 25. Aus den Versuchsreihen ist ersichtlich, daſs in allen acht Fällen von progressiver Paralyse das Vorhandensein syphilitischer Antikörper in der Cerebrospinalflüssigkeit nachweisbar war, während sämtliche übrigen Fälle — mit Ausnahme eines Falles von sekundärer Lues — ein negatives Resultat ergaben. Auch die Fälle von Lues cerebralis und die spätlatenten Fälle enthielten keine Antikörper in nachweislicher Menge. Jedenfalls läſst sich mit Sicherheit aus dem Befunde von Antikörpern schlieſsen, daſs das betreffende Individuum Syphilis gehabt hat, und damit kommt dem Wassermann-Plautschen Verfahren ein hervorragend praktischer Wert zu. *Schourp-Danzig.*

Experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues, von Albert Schütze-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.) Wassermann wählte statt der bisher in der Serodiagnostik verwandten Bakteriensuspensionen Extrakte aus Bakterien, also gelöste Bakteriensubstanzen. Auf diese Weise gelang es, in den Körpersäften geringste Mengen vorhandener gelöster Bakterienstoffe sowie deren Reaktionsprodukt (Antikörper) zum Nachweis zu bringen. Er stellte denn in Gemeinschaft mit Neisser in den Extrakten syphilitischer Gewebsteile spezifisch luetische Substanzen fest, wodurch der weiteren Experimentalforschung ein neues Gebiet der Serodiagnostik bei Lues erschlossen wurde. Wassermann und Plaut prüften dann die Lumbalflüssigkeit von Paralytikern auf das Vorhandensein von syphilitischen Antistoffen in 41 Fällen, in 32 Fällen gelang der sichere Nachweis der luetischen Antistoffe, bei vieren war das Resultat unsicher, bei fünfen der Ausfall der Reaktion negativ. Verfasser untersuchte nun die cerebrospinale Flüssigkeit von zwölf Tabeskranken auf das Vorhandensein syphilitischer Antikörper. Bei acht derselben wurden tatsächlich in der Lumbalflüssigkeit syphilitische Antistoffe nachgewiesen, bei vieren nicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Kurze Mitteilung zu dem Aufsatze von Prof. Wassermann und Dr. Plaut über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, von H. Bab-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 6. Dez. 1906. Nr. 49.) Von dem Material, mit welchem W. und P. ihre (in Nr. 44 der *Dtsch. med. Wochenschr.* veröffentlichten) biologischen Untersuchungen ausführten, hat B. seinerseits sechs Fälle auf das Vorhandensein von Spirochäten untersucht und stets eine genaue Übereinstimmung des Ergebnisses, sei es im positiven, sei es im negativen Sinne, konstatiert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande, von A. Neisser-Breslau. Sonderabdruck aus den Verhandl. der deutschen Dermatol. Gesellschaft (9. Kongreſs in Bern). Berlin, Julius Springer 1906. Nicht nur von Dermatologen und Syphilidologen, sondern auch von den praktischen Ärzten wird das Erscheinen der Arbeit N.s mit Freude begrüſst werden. Wenn jemand berufen ist, die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande zu schildern, dann ist es Neisser, der sich selbst so eingehend und aufopfernd mit diesem ebenso schwierigen wie interessanten Gebiete befaſst und so viel dazu beigetragen hat, daſs der heutige Stand der Forschung erreicht wurde. Über den Vortrag N.s auf dem Berner

Kongrefs wurde in diesen Heften seiner Zeit schon Mitteilung gemacht. Weitere Einzelheiten anzuführen, erscheint nicht angezeigt; denn jeder Arzt, der sich für den Fortschritt in der Medizin interessiert, wird das Heft selbst lesen müssen.

Götz-München.

Demonstration von mit Syphilis geimpften Affen, von Erich Hoffmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) In der Sitzung vom 20. Februar 1907 der Berliner medizinischen Gesellschaft zeigt H. einige mit Syphilis geimpfte Affen und zwar ein Seidenäffchen mit einem deutlichen krustösen Primäraffekt an der linken und einem erodierten Infiltrat an der rechten Augenbraue, welches vor 17 Tagen geimpft wurde, ferner einen Cercocebus fuligenosus mit circinärem Syphilid am Oberlid, Impfung vor sechs Wochen, ein weiteres Tier mit auffälliger Depigmentierung, ein Beweis, dafs das Syphilisgift auch bei Affen einen völligen Pigmentschwund am Orte der Erkrankung bewirken kann. Im Anschlufs daran zeigt H. Bilder geimpfter Affen und teilt mit, dafs es ihm und Brüning gelungen ist, von der mit Menschensyphilis infizierten Kaninchencornea einen Affen (Cercocebus) zu impfen und an beiden Lidern Infiltrate zu erzeugen und längere Zeit zu beobachten, die klinisch alle Charaktere der Impfsyphilis tragen. Der Nachweis der Spirochaeta pallida ist aber noch nicht gelungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die bisherigen Ergebnisse der Übertragung der Syphilis auf Affen, von I. v. Neumann-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Der leider nunmehr verstorbene unermüdliche Forscher berichtet in seinem Schwanengesange über die bisherigen Ergebnisse der Übertragung der Syphilis auf Affen, insonderheit über die Arbeiten von Metschnikoff und Roux, Finger und Landsteiner, Kreibich usw. Er appelliert an den Staat, die nötigen Mittel zu bewilligen, um diese wichtigen Forschungen zu unterstützen zum Wohle der leidenden Menschheit.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur experimentellen Übertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen, von Arthur Schucht - Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 3.) Schucht hat 51 Augen von 26 Kaninchen unter Benutzung verschiedener Arten von Impftechnik mit syphilitischem Material geimpft. Dreizehn Augen erkrankten nach einer Inkubationszeit von 19—43 Tagen an Keratitis parenchymatosa, drei Augen zeigten ausschliefslich das Bild der Iritis, in einem Falle folgte der Iritis nach ihrem Ablauf eine Keratitis, an einem anderen Auge, an dem das Material in den Glaskörper injiziert worden war, trat nach Abheilung einer Iritis gleichzeitig mit einer Keratitis parenchymatosa eine der Iritis gummosa ähnliche Affektion auf. In fünf Fällen von Keratitis parenchymatosa gelang der Nachweis der Spirochaeta pallida in der Cornea. Zeichen von Generalisierung der Syphilis wurden in keinem Falle beobachtet.

Das Ergebnis der Versuche ist eine weitere Bestätigung der Tatsache, dafs Syphilisvirus auch bei Tieren, die weit unter dem Affen stehen, spezifische Erscheinungen hervorzurufen vermag. Doch erscheint es sehr wahrscheinlich, dafs die Virulenz des Syphiliserregers bei der Übertragung auf solche Tiere eine starke Abschwächung erfährt.

Götz-München.

Über die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen, von Privatdozent E. Bertarelli-Turin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 43. Heft 2 und 3.) B. gibt hier eine ausführliche Beschreibung seiner Versuche, die Syphilis auf die Hornhaut des Kaninchens zu übertragen, welche ihm in seinen beiden Fällen völlig gelungen seien. Das Ganze der histologischen Läsion zeigt, dafs sie an die Spirochäteninvasion gebunden und von ihr nahezu bedingt erscheint und dafs es sich um das Bild einer Neoformation des Bindegewebes mit deutlicher kleinzelliger Infiltration und Anhäufung der Lymphocyten um die Gefäfse herum handelt. Zur Impfung hatte ein Initial-

syphilom, d. h. das aus den tiefen Teilen desselben Abgekratzte, das in einem Mörser fein zerstampft wurde, gedient; mit diesem Brei wurden die an der Hornhaut des einen Auges gemachten Risse bespritzt und mit demselben, etwas mit physiologischer Lösung verdünnten Material mittels PRAVAZscher Spritze in die Vorderkammer des anderen Auges injiziert; nach etwa 40 Tagen war an beiden Augen eine typische Hornhautverletzung vorhanden, welche Myriaden von Spirochäten mit allen Merkmalen der Spirochaeta pallida aufwiesen.

Nach den relativ zahlreichen Experimenten B.s ist es möglich (in 50 % der Fälle) bei einem Kaninchen nach Inokulation syphilitischen Materials in die Augenvorkammer oder vermittels Ritzung in die Hornhaut eine Verletzung mit ganz bestimmten Merkmalen zu erhalten. Dieselbe hat gewöhnlich das Aussehen der parenchymatösen Keratitis von verschiedener Intensität. Auch die Iris kann an dem Prozeſs beteiligt sein, denn nicht selten stoſsen wir auf Irissynechien. Die Spirochaeta pallida findet sich besonders häufig in der verletzten Hornhaut und niemals auſserhalb derselben; über die einzelnen histologischen Details ist bereits in dem ersten Teil der Arbeit berichtet. Die Summe der beobachteten Erscheinungen führt B. zu der Anschauung, daſs zuerst die Vervielfältigung der Spirochäten stattfindet und dann die Infiltration und Ulceration. Darauf verschwinden die Spirochäten nach und nach, so daſs es bei einem gewissen Punkte möglich ist, keine Spirochäten mehr vorzufinden, während die anatomische Verletzung noch besteht. Andere syphilitische Erscheinungen, als die am Auge genannten, konnte B. im Kaninchen nicht nachweisen. Versuche mit Meerschweinchen (Ritze in die Hornhaut) sind überhaupt fehlgeschlagen. Die Frage, ob das Kaninchen, wenn es einmal von den Spirochäten in der Hornhaut infiziert worden ist, immunisiert ist, möchte B. nicht ohne weiteres bejahen, sondern nur dahin beantworten, daſs man im allgemeinen nur eine einzige primäre Läsion erhalten kann und nach dem Auftreten derselben das Tier auf keine weitere Virusinokulation mehr reagiert. In Fortsetzung seiner Versuche (Nachtrag) nahm Verfasser bei Kaninchen eine Serientransmission von Hornhaut auf Hornhaut vor, und es scheint mit den dabei erzielten positiven Resultaten schon nachgewiesen, daſs die experimentelle Infektion von Kaninchen auf Kaninchen ins Reich der Möglichkeit gehört und man auf diese Weise eine wirkliche Hornhautkultur der Spirochaeta zu erhalten vermag.

Stern-München.

Über die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung, von WILLI FISCHER-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Febr. 1907.) Besprechung der Arbeiten von NEISSER und WASSERMANN und kurzer Hinweis auf den Wert der Anwesenheit von Spirochäten im syphilitischen Gewebe.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die neuesten Forschungen über den Erreger der Syphilis, von WILLI FISCHER-Berlin. (*Berl. Klinik.* Juni 1907. Heft 223.) Sammelbericht über die Arbeiten von SIEGEL, SCHAUDINN, HOFFMANN, BERTARELLI, VOLPINO, LEVADITI, WALTER SCHULZE, BUSCHKE, BLASCHKO über den Syphiliserreger und Besprechung der Arbeiten über Übertragung der tertiären Syphilis von FINGER, LANDSTEINER, NEISSER. Die Betrachtungen zeigen, welchen Aufschwung in den letzten Jahren die Forschungen auf dem Gebiete der Syphilis genommen haben. Das Problem der Syphilis harrt zwar noch seiner endgültigen Lösung, aber es ist doch schon viel erreicht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. No. 2. 15. Juli 1907.

Aus dem Institute für Radiologie des Prof. E. SCHIFF in Wien.

Experimentelle Studien über den Einfluſs der elektrostatischen Behandlung auf die Vasomotoren der Haut.

Von

Dr. FERDINAND WINKLER-Wien.

Seit der Einführung der Franklinisation in die Dermatotherapie durch LELOIR und DOUMER[1] hat sich das Anwendungsgebiet dieser Behandlungsweise ziemlich ausgedehnt; die Übersicht, die ich bei der Hamburger Naturforscherversammlung in meinem Vortrage „Über die elektrostatische Behandlung der Hautkrankheiten“[2] und in einem Aufsatze über die „Elektrizität in der Dermatologie“[3] gegeben habe, findet ihre Ergänzung in einem vorzüglichen Referate,[4] welches R. v. LUZENBERGER auf dem vorjährigen Mailänder Internationalen Kongresse für Elektrologie gehalten hat.

Es fehlt aber bis nun an einer befriedigenden Erklärung für die Wirkung der Elektrizität auf die Haut; denn die von DOUMER und seiner Schule[5] angenommene Beeinflussung der Vitalität der Gewebe und die Vorstellung von einer Steigerung der Ernährung reichen ebensowenig zur Erklärung aus, wie die Annahme einer spezifischen trophoneurotischen Aktion auf die erkrankten Partien und die Annahme einer Beeinflussung der Mikroorganismen; auch die Vermutung von D'ARSONVAL,[6] daſs es sich

[1] LELOIR et DOUMER. Comptes rendus de l'Acad. des sciences. Juni 1893.

[2] F. WINKLER. *Monatsh. für prakt. Dermat.* 1901. XXXIII, S. 501.

[3] F. WINKLER. *Centralbl. für die gesamte Therapie.* 1903. Heft 11.

[4] A. v. LUZENBERGER. Le traitement de la peau par l'électricité. *Annales d'électrobiologie.* VIII, 1906, S. 522.

[5] MARQUANT. De l'influence de l'effluvation sur la marche des ulcères chroniques et particulièrement des ulcères variqueux. *Thèse de Lille.* 1894. S. 27.

[6] Cit. bei LUZENBERGER. Die FRANKLINsche Elektrizität in der medizinischen Wissenschaft und Praxis. Leipzig 1905. Joh. Ambros. Barth, S. 47.

um Ozonwirkung handle, und der Versuch von SCHATZKY,[7] die elektrolytischen Effekte zur Erklärung heranzuziehen, sind ebensowenig genügend, wie die Annahme von FOULERTON und KELLAS,[8] dafs es sich um die Wirkung von untersalpetriger Säure handle.

Auch die von FREUND[9] festgestellten histologischen Veränderungen geben uns keinen Anhaltspunkt für die Erkenntnis des Heileffektes der Franklinisation auf Hauterkrankungen, und die interessante von BORDIER[10] gefundene Tatsache, dafs an der vom FRANKLINschen Funken getroffenen Stelle eine Erhöhung der lokalen Temperatur eintrete, erlaubt uns noch keine physiologische Erklärung der therapeutischen Wirkung.

Die einzige Tatsache, an die wir uns halten können, ist die Erscheinung, dafs die von dem Funken getroffene Hautstelle zunächst blafs wird, und dafs nach einigen Minuten eine circumskripte Hyperämie entsteht; es kann bei empfindlichen Personen zur Exsudation von Flüssigkeit und zur Abhebung einer Blase kommen. Bei gewissen Individuen, namentlich bei Morbus Basedowii sind diese Erscheinungen so ausgeprägt, dafs die französischen Autoren von einem elektrischen Dermographismus[11] sprechen.

Am geeignetsten zu Versuchen über die Wirkung der elektrostatischen Behandlung sind Personen mit pigmentarmer, leicht erregbarer Haut, bei denen man die verschiedenen Arten der elektrostatischen Behandlung sehr gut hinsichtlich ihrer Wirkung vergleichen kann.

Ein derartiger Versuch möge hier angeführt sein:

R. K., Beamter, 28 Jahre alt, gesund, wird an verschiedenen Stellen der Oberarme mit Funken behandelt.

FRANKLINscher Funken: Es erscheint ein anämischer Kreis, der zwei Minuten lang besteht und sich langsam in einen roten Kreis verwandelt, der selbst wieder etwa zehn Minuten erhalten bleibt. Hat der Funken länger als zwei Minuten auf die Haut eingewirkt, so wird zwar das Bestehen des anämischen Kreises nicht verlängert, aber der rote Kreis bleibt länger bestehen, sogar eine halbe Stunde lang.

MORTONscher Funken: Es entsteht ein anämischer Kreis ohne Hof, der sich kaum zwei Minuten lang erhält und der normalen Färbung Platz macht, ohne eine Rötung zu veranlassen.

ARSONVALscher Funken: Es entsteht ein anämischer Kreis, der nach einer halben Minute einem starken Erytheme Platz macht, das mehrere Stunden anhält.

Wird durch eine elastische Ligatur die Haut stark gestaut, so wird die blaue Verfärbung weder durch den FRANKLINschen noch durch den MORTONschen

---

[7] SCHATZKY. Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Franklinisation. *Zeitschr. für Elektrotherapie.* III, 1901.

[8] A. FOULERTON und A. KELLAS. *The Lancet.* 1906. S. 1383.

[9] FREUND. Die Verwendung der Spannungselektrizität zur Behandlung der Hautkrankheiten. Verhandlungen der Deutschen dermat. Gesellschaft. Breslau 1901.

[10] BORDIER. Comptes rendus de l'Acad. des sciences. April 1895.

[11] BORDIER. *Arch. d'électric. med.* 1894. S. 506.

Funken geändert; der ARSONVALsche Funken ruft für etwa zwei Minuten eine deutliche Anämisierung hervor, um dann rasch die ursprüngliche blaue Färbung wieder auftreten zu lassen.

Die Amylnitritrötung der Haut wird sowohl durch den FRANKLINschen wie durch den MORTONschen Funken sehr deutlich beeinflußt; es tritt eine kräftige Anämisierung der Haut ein, die etwa fünf Minuten anhält und darauf in Cyanose übergeht. Der ARSONVALsche Funken ruft ebenfalls eine deutliche Anämisierung hervor, die durch fünf Minuten besteht und einer Urticariaquaddel Platz macht.

Wird der durch Amylnitrit gerötete Arm mittelst einer elastischen Ligatur angestaut, so bleiben der FRANKLINsche Funken ebenso wie der MORTONsche Funken ohne Erfolg, während der ARSONVALsche Funken eine deutliche Anämisierung veranlaßt.

Ebenso deutlich wird der Einfluß der elektrostatischen Behandlung bei pathologischen Zuständen der Haut; besonders bei Acne rosacea läßt sich der Effekt der verschiedenen Behandlungsformen sehr schön mit einander vergleichen.

J. M., Lokomotivführer, 45 Jahre, mit cyanotisch gefärbter Acne rosacea der Wangen und der Nase.

Läßt man durch zwei Minuten auf die cyanotischen Stellen die Büschelentladung übergehen, so entsteht im Bereiche des Büschels eine starke Anämie, die durch vier Minuten unverändert anhält und allmählich abklingt, so daß nach weiteren fünf Minuten die ursprüngliche Farbe wieder vorhanden ist. Läßt man den FRANKLINschen Funken überspringen, so entsteht nach einer halben Minute ein weißer Fleck, der nur zwei Minuten anhält; der MORTONsche Funken hat denselben Effekt, der ARSONVALsche Funken übt keinen Einfluß auf die Cyanose aus.

Um die Beeinflussung der Gefäße durch die elektrostatische Behandlung genau zu erkennen, muß das Tierexperiment herangezogen werden.

Wird die Schwimmhaut eines Frosches durch 2—3 Minuten mit dem FRANKLINschen Funken behandelt, so setzt sich die vom Funken getroffene Stelle als kreisförmiger heller Fleck von der Umgebung ab; hat man vorher die Schwimmhaut unter dem Mikroskope betrachtet und vergleicht nunmehr das mikroskopische Bild, so sieht man die Pigmentzellen stark retrahiert; an einigen Stellen fehlen die Fortsätze der Chromatophoren, die sonst ein dichtes Netz bilden, vollständig. Diese Beobachtung verdient um so mehr Interesse, als nach DREYER und JANSEN[12] bei Belichtung der Schwimmhaut eine sehr deutliche Ausbreitung der Pigmentzellen auftritt.

Noch schöner zeigt sich dieser vasokonstriktorische Einfluß der Franklinisation beim Kaninchenohre. Es ist nicht nötig, bei diesem Versuche einen starken Funken anzuwenden, da er dem Tiere sichtlich Schmerz bereitet und nicht selten wirkliches Schreien veranlaßt; es genügen vollständig die kleinen Fünkchen der Büschelentladung. Am

[12] DREYER und JANSEN. Über den Einfluß des Lichtes auf tierische Gewebe. Mitteilungen aus FINSENS mediz. Lichtinstitute. IX, S. 186.

besten eignen sich zu dieser Demonstration weifse albinotische Kaninchen, an deren Ohren die von Schiff[13] beschriebene Gefäfsrhythmik deutlich zu sehen ist. Wird das Ohr im Stadium der Gefäfserweiterung von der Büschelentladung getroffen, so werden die bestrahlten Blutgefäfse sofort enger, und auch bei den nächsten rhythmischen Dilatationen erreichen die getroffenen Gefäfse nicht mehr die frühere Weite.

Noch schöner läfst sich die Vasokonstriktion bei Verwendung des Beke-Callenfelsschen[14] Versuches zeigen, der darin besteht, dafs ein mit dem Hinterteile in warmes Wasser gesetztes Kaninchen nach wenigen Sekunden eine starke Erweiterung der Ohrgefäfse zeigt. Paneth[15] hat die interessante Tatsache festgestellt, dafs sich die maximale Dilatation erhalte, solange sich das Tier in warmem Wasser befinde; und während dieser Zeit konnte er auch durch Einpackung der Ohren in Eis die Gefäfse nicht zur Verengerung bringen.

Setzt man nun die maximal erweiterten Ohrgefäfse eines Kaninchens, das sich mit dem Hinterteile in 45° C. warmem Wasser befindet, der Büschelentladung aus, so tritt auf dem bestrahlten Ohre schon nach einer Minute eine sehr deutliche Verengerung der Ohrgefäfse ein, während an dem anderen nicht bestrahlten Ohre die Gefäfse erweitert bleiben.

Die beim Beke-Callenfelsschen Versuche auftretende Erweiterung der Ohrgefäfse, deren Zustandekommen nach meinen Untersuchungen[16] der Erregung der peripheren Enden von Temperaturnerven zuzuschreiben ist, ist so intensiv, dafs sie, wie ich mich in einigen neueren darauf gerichteten Versuchen überzeugen konnte, auch der verengernden Wirkung der Nebennierenpräparate gegenüber standhält. Spaltet man nach dem Vorgange von M. Bukofzer[17] die Haut oberhalb eines Gefäfses des Kaninchenohres, ohne das Gefäfs selbst zu verletzen, so tritt am normalen Ohre beim Auftupfen von Nebennierenpräparaten eine so starke Verengung ein, dafs das Gefäfs nur als feinster Faden sichtbar ist. Bringt man ein Kaninchen nach vorhergegangener Präparation des Ohrgefäfses vor dem Auftupfen des Nebennierenpräparates mit dem Hinterteile in warmes Wasser und läfst nach Eintritt der maximalen Erweiterung

---

[13] Schiff. Ein accessorisches Kaninchenherz. *Arch. f. d. physiol. Heilkunde.* 1854. S. 523.

[14] Beke-Callenfels. Über den Einflufs der vasomotorischen Nerven auf den Kreislauf und die Temperatur. *Zeitschr. für rationelle Medizin.* VII. 1855. S. 157.

[15] Paneth. Einige Versuche, betreffend die Innervation der Ohrgefäfse beim Kaninchen. *Centralbl. für Physiologie.* 1887. S. 272.

[16] F. Winkler. Studien über die Beeinflussung der Hautgefäfse durch thermische Reize; Sitzungsberichte der Kais. Akademie der Wissenschaften. Bd. CXI, Abt. III. Juni 1902.

[17] Bukofzer. *Allg. med. Centralztg.* 1902. Nr. 44.

das Nebennierenpräparat einwirken, so bleibt das Gefäfs weit, die verengende Wirkung des Nebennierenpräparates tritt nicht ein. Der FRANKLINsche Funken bringt aber sofort an der Applikationsstelle eine Verengerung des Gefäfses hervor.

Die Kraft der Franklinisation, auch eine maximale Dilatation zu überwinden, zeigt sich noch bei einem anderen Versuche. Wird das Kaninchenohr mit Äther übergossen, so tritt sofort eine starke Hyperämie ein; bringt man das hyperämische Ohr in die Nähe einer FRANKLINschen Elektrode, so dafs Büschel kleiner Fünkchen überspringen, so erfolgt an der vom Fünkchen getroffenen Stelle eine sehr prompte Verengung des erweiterten Gefäfses, während sich nach oben und nach unten keine Änderung der Gefäfsweite zeigt. Durch den Wechsel der Überspringungsstelle kann man beliebige Partien des erweiterten Blutgefäfses zur Verengung bringen; die verengte Stelle entspricht jedesmal dem Durchmesser des Funkenbüschels.

Die Franklinisation ist auch imstande, die durch Amylnitritinhalation erzeugte arterielle Hyperämie zu vermindern; wird einem Kaninchen eine mit einigen Tropfen Amylnitrit beträufelte Watte vor die Nase gehalten, so tritt an beiden Ohren rasch eine starke Hyperämie auf; die lokale Büschelentladung läfst ein sehr deutliches Zurückgehen der Gefäfserweiterung beobachten; läfst man kleine Funken direkt auf das erweiterte Gefäfs überspringen, so tritt eine so starke Retraktion der Gefäfswände auf, dafs dort, wo unmittelbar vorher ein Gefäfs zu sehen war, nunmehr ein gefäfsloser weifser Fleck besteht, in den zu beiden Seiten die nicht vom Funken getroffenen Gefäfsstücke münden.

Ebenso wie die arterielle Hyperämie wird die venöse Hyperämie durch die Franklinisation beeinflufst. Wird das Ohr eines Kaninchens an der Wurzel mittels eines elastischen Drainröhrchens ligiert, so kommt es zur starken Stauung in den Venen, die als prallgefüllte Stränge hervortreten. Bei der Büschelentladung zeigt sich ein Zurückgehen der Hyperämie im ganzen Gebiete des Strahlenkegels; unter dem Einflufs der Funken tritt an der getroffenen Stelle ein sehr deutliches Engwerden des Gefäfses auf, während zu beiden Seiten der betroffenen Stelle die Gefäfse ihre frühere Weite zeigen.

Dafs es sich bei diesen Versuchen um einen direkten Reiz auf die Vasokonstriktoren handelt, ergibt sich aus einer Versuchsreihe, bei welcher den Tieren der Sympathicus der einen Seite durchschnitten war. Ein derartiger Versuch möge in extenso wiedergegeben werden:

Einem weifsen albinotischen Kaninchen wird der linke Halssympathicus durchschnitten; fünf Tage später zeigt das linke Ohr zwei stark erweiterte grofse Gefäfsstämme. Diese erweiterten Gefäfse werden der Büschelentladung ausgesetzt, es tritt

keine Änderung der Gefäfsweite auf; auch die von den Fünkchen direkt getroffenen Stellen zeigen keine Änderung.

Das linke Ohr wird an der Wurzel mit einem Drainröhrchen umschnürt, es kommt zu einer stark ausgebildeten Hyperämie, welche durch die Büschelentladung nur wenig beeinflufst wird. Erst das Überspringen kleiner Fünkchen ist imstande, eine geringe Verengung hervorzubringen.

In die Trachea des Tieres werden sechs Tropfen Amylnitrit injiziert; an beiden Ohren entsteht eine sehr starke Hyperämie; die Büschelentladung bleibt am linken, operierten Ohre ohne Effekt, während sie am rechten Ohre eine prompte Verengung hervorruft; auch der Funken ist am linken Ohre nur imstande, eine geringe Verengerung des getroffenen Gefäfses zu veranlassen, während er am rechten Ohre ein sofortiges Unsichtbarwerden der betreffenden Gefäfsstelle hervorbringt.

Nach Ablauf einer weiteren halben Stunde sind am rechten Ohre die Gefäfse vollständig zurückgegangen; am linken Ohre zeigen sich die zu Anfang des Versuches vorhandenen zwei erweiterten Gefäfsstämme, die an den Stellen, wo sie vom Funken getroffen werden, Extravasate aufweisen.

Der Versuch beweist, dafs sich die Wirkung der Franklinisation nur auf die Vasokonstriktoren bezieht; die durch die Sympathicusdurchschneidung gelähmten verengenden Fasern können durch die Franklinisation nicht erregt werden. Auch hier zeigt sich der frappante Unterschied gegenüber der Belichtung, welche im Gegensatze zur Franklinisation auf die Vasodilatatoren einwirkt; wie die Versuche von Dreyer und Jansen[18] und meine eigenen ad hoc angestellten Versuche gelehrt haben, ergibt die Belichtung auf der Seite der Sympathicusdurchschneidung eine viel gröfsere Hyperämie des Ohres als auf der anderen Seite.

Die geschilderten Versuche zeigen, dafs die lokale Franklinisation imstande ist, auf die Vasokonstriktoren reizend einzuwirken und eine prompte Anämisierung des getroffenen Hautgebietes hervorzurufen. Damit erklärt sich auch der sofortige Effekt bei der Behandlung von Erythemen und anderer mit aktiver Hyperämie einhergehenden Hautaffektionen.

Wird durch intensive Belichtung eine Erweiterung der Blutgefäfse hervorgerufen, so kann man sie durch Franklinisation wieder zurückbringen. Zu dieser Demonstration eignet sich sehr gut die Quecksilberdampflampe, die innerhalb von fünf Minuten die Blutgefäfse einer Froschschwimmhaut stark erweitert; läfst man darauf die Franklinisation folgen, so kann man sich leicht von der prompten Verengung der Blutgefäfse überzeugen.

Der Tierversuch läfst auch die Frage entscheiden, ob man den Schädigungen der Röntgentherapie durch Franklinisation vorzubeugen imstande ist. Die Erfahrung, die wir im Institute des Prof.

---

[18] Dreyer und Jansen. Über den Einflufs des Lichtes auf tierische Gewebe, Mitteilungen aus Finsens med. Lichtinstitut. IX, S. 190.

SCHIFF in Wien gesammelt haben, hat uns die Zweckmäſsigkeit des Verfahrens gelehrt, auf jede Röntgenbestrahlung, vorausgesetzt daſs sie nicht eine Zerstörung von pathologischem Gewebe, wie bei der Lupusbehandlung, setzen will, eine FRANKLINsche Behandlung folgen zu lassen; wir sind, seit wir diese Methodik benützen, von Röntgenschädigungen verschont geblieben; es lag uns daran, am Tiere einen experimentellen Beweis zu versuchen.

Setzt man die Schwimmhaut eines Frosches durch fünf Minuten den Strahlen einer weichen Röntgenröhre aus, so tritt eine Erweiterung der Blutgefäſse auf, die sich unter dem Mikroskop deutlich erkennen läſst. Fügt man jetzt eine Franklinisation der Schwimmhaut an, so verengen sich die Blutgefäſse, die Pigmentzellen verkleinern sich, und die ganze Schwimmhaut nimmt einen anämischen Charakter an.

Ähnlich wie der FRANKLINsche Funken verhält sich auch der MORTONsche Funken. Läſst man auf die Mitte des zentralen Ohrgefäſses eines Kaninchens den MORTONschen Funken durch 2—3 Minuten einwirken, so bleibt nach unten von der getroffenen Stelle das Gefäſs unverändert, während es sich nach oben hin so stark verengert, daſs es den Anschein hat, als ob das Gefäſs an der vom Funken getroffenen Stelle plötzlich abbrechen würde.

Die durch den MORTONschen Funken hervorgerufene Vasokonstriktion ist so groſs, daſs sie auch hyperämisierenden Momenten gegenüber erhalten bleibt; am leichtesten kann man dies dadurch beweisen, daſs man auf das mit dem MORTONschen Funken behandelte Kaninchenohr Äther gieſst; an allen Gefäſsen des Ohres tritt die Hyperämie ein, nur an dem von dem Funken getroffenen Gefäſse bleibt die Erweiterung nach oben von der Funkenstelle aus, während sie unterhalb der betreffenden Stelle deutlich ist.

Auch den nach Amylnitrit-Inhalation erweiterten Ohrgefäſsen gegenüber zeigt der MORTONsche Funken eine konstriktorische Kraft; das getroffene Gefäſs verliert rasch seine maximale Dilatation und verengt sich sehr stark, so daſs die Grenze des getroffenen Gefäſsgebietes gegenüber der erweitert gebliebenen Umgebung sehr deutlich hervortritt.

Nicht minder klar erweist sich die durch den Funken hervorgerufene Vasokonstriktion bei der durch Stauung (elastische Ligatur) hervorgerufenen Gefäſserweiterung. An der vom Funken getroffenen Stelle tritt nach einer Minute eine deutliche Gefäſsverengung ein, während oberhalb und unterhalb der getroffenen Stelle die Gefäſsweite keine Änderung zeigt.

Auch gegenüber einem Entzündungsreiz bewahrt die Franklinisation ihre konstriktorische Fähigkeit. Bringt man auf die Schwimmhaut eines Frosches, deren Gefäſse eine deutliche Zirkulation

zeigen, einen Tropfen Crotonöl, so tritt sofort eine starke Erweiterung der Gefäfse ein. Wird das Crotonöl abgetupft und die Schwimmhaut durch zehn Minuten franklinisiert, so erweisen sich die Gefäfse wieder sehr enge, während auf der Schwimmhaut des anderen Fufses, die in gleicher Weise mit Crotonöl behandelt, aber nicht franklinisiert ist, die Gefäfse erweitert bleiben.

Läfst man das Crotonöl auf die Schwimmhaut durch einen Tag einwirken, so wird die Schwimmhaut ödematös, so dafs unter dem Mikroskope die Gefäfse nicht sichtbar sind. Zehn Minuten Franklinisation bringen das Ödem zurück, so dafs auch bei der mikroskopischen Untersuchung die Gefäfse wieder sichtbar werden.

Anders steht es mit der Mortonisation, bei der die Elektrode unmittelbar auf die Haut aufgelegt wird. Läfst man die Elektrode durch fünf Minuten mit der Mitte des Kaninchenohres in Berührung und achtet darauf, dafs keine Funken überspringen, so entsteht eine aneurysmaartige Erweiterung des Ohrgefäfses an der behandelten Hautstelle und ringsum in kreisförmiger Anordnung von etwa 1 cm Durchmesser ein Blutextravasat.

Die gleichen Erscheinungen bietet die Schwimmhaut des Frosches bei der unmittelbaren Mortonisation. Nach einer Behandlungszeit von zwei Minuten zeigen sich die Gefäfse erweitert und mit Blut überfüllt, nach einer Mortonisation von fünf Minuten weist die mikroskopische Untersuchung neben der starken Erweiterung der Blutgefäfse auch das Auftreten zahlreicher punktförmiger Blutextravasate auf; dabei zeigen die Pigmentzellen nur wenig Fortsätze. Die durch die unmittelbare Mortonisation hervorgerufene Hyperämie kann übrigens durch eine darauf folgende Franklinisation wieder zurückgebildet werden; die Blutextravasate werden freilich durch die Franklinisation nicht beeinflufst.

Es ergibt sich aus dieser Versuchsreihe, dafs der MORTONsche Funken ähnlich wie der FRANKLINsche Funken eine Reizung auf die Vasokonstriktoren ausübt, dafs aber die eigentliche Mortonisation eine Hyperämie der betroffenen Stelle veranlafst.

Bei der Arsonvalisation sind die Verhältnisse gerade umgekehrt. Beim Anlegen der Glaselektrode (stille Entladung) entsteht eine Vasokonstriktion, während beim ARSONVALschen Funken nach einer sehr kurzen Vasokonstriktion eine starke Erweiterung der getroffenen Gefäfse und ein Blutextravasat auftritt.

Die geschilderten Versuche machen es notwendig, unsere Indikationen für das Anwendungsgebiet der elektrostatischen Behandlung der Hautkrankheiten einer Revision zu unterziehen. Es tut nicht not, ohne Kritik alle möglichen Hauterkrankungen der Funkenbehandlung

zu unterwerfen, um auf dem langen Wege der Empirie zu einer präzisen Indikationsstellung zu gelangen. Es ist viel besser, sich an das Ergebnis des Experiments zu halten, das mit Sicherheit nachweist, daſs wir in der Franklinisation und in der Verwendung des MORTONschen Funkens ein eminentes Reizmittel für die Vasokonstriktoren besitzen, das ebenso bei arterieller wie bei venöser Hyperämie seine Aufgabe erfüllt und bei entzündlicher Hyperämie nicht minder günstig wirkt wie bei Angioneurosen, die mit Gefäſserweiterung einhergehen. Wir sehen ferner, daſs der Arsonvalisation ein viel geringerer Einfluſs auf die Vasokonstriktoren zukommt als wir bis nun angenommen haben, und daſs der unmittelbaren Mortonisation mit Rücksicht auf die durch sie veranlaſste Diapedese nicht jener Platz zustehe, den man ihr zuzuschreiben geneigt war.

Bei angiospastischen Veränderungen der Haut hat die elektrostatische Behandlung keinen Zweck, weder bei lokaler Asphyxie, noch bei Perniones, noch bei Urticaria. Dagegen findet sie ihre Indikation bei allen kongestiven Formen, sei es daſs sie infolge einer Verminderung des Gefäſstonus oder infolge von Erweiterung der Blutgefäſse entstehen; in die erste Gruppe gehören die Erytheme verschiedenster Art, die Seborrhoea congestiva, in letztere Gruppe die Hautreizungen infolge Belichtung und infolge der Einwirkung der Röntgenstrahlen. Ein nicht minder dankbares Gebiet geben die verschiedenen Formen der Stauungshyperämie, sowohl die durch Senkungshyperämie veranlaſsten Erkrankungen der Unterschenkel wie die gewöhnliche Stauungsröte der Nase und der Ohren.

Selbstverständlich sind alle Formen von Erkrankungen, die mit vasomotorischer Schwäche einhergehen, nicht zur elektrostatischen Behandlung heranzuziehen, so weder Herpes zoster, noch Pemphigus, noch exfoliative Erkrankungen.

Dagegen eignen sich alle Arten von entzündlichen Ödemen und von entzündlicher Hyperämie ganz vorzüglich für die elektrostatische Behandlung, sowohl die mit Exsudation einhergehenden Hautaffektionen, wie akute Ekzeme und Impetigo, als auch die mannigfaltigen Unterarten des Erythema multiforme.

Auch Furunkel werden zweckmäſsig mit der Franklinisation behandelt; der Spannungsschmerz hört auf, weil infolge der Verengerung der Gefäſse der von den umliegenden Geweben ausgeübte Widerstand vermindert wird.

Die Arsonvalisation eignet sich bei allen angeführten Affektionen zur Behandlung nicht; sie findet ihre Indikation ausschlieſslich bei jenen Hauterkrankungen, bei denen es sich um Herbeiführung einer besseren Ernährung des erkrankten Gewebes handelt, also bei Urticaria, bei

Perniones, bei lichenifiziertem Ekzem, bei Sykosis, bei Herpes zoster, bei Lupus erythematodes und bei Acne varioloiformis.

Die Mortonisation hat nur ein sehr beschränktes Anwendungsgebiet; ihr kommt eine Wirkung auf blutarme Gewebe zu, wie Keloide und hypertrophische Narben, bei denen unter der Behandlung eine Erweichung des kollagenen Gewebes erfolgt, und auf Sklerodermie, bei welcher die Verhärtungen ziemlich rasch verschwinden.

Aus dem königlichen dermopathischen Institut KARL ALBERT.
(St. Ludwig-Hospital in Turin.)

Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum.

Klinische und histopathologische Studie mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentfrage.

Von

Dr. KARL VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie an der königlichen Universität zu Bologna.

Mit einer Abbildung im Text und einer Tafel.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Ätiologie und Pathogenese.

Zahlreich sind die Theorien, welche die verschiedenen Autoren über die Ursachen geäufsert haben, die das Xeroderma pigmentosum bedingen können. Alle diese Theorien bezüglich der Ätiologie, sind aber heute noch äufserst unsicher und bedürfen einer einläfslichen Kritik. Ich habe in meinem Falle hervorgehoben, dafs die Eltern des Kindes blutsverwandt waren. Die Blutsverwandtschaft wurde in diesem Sinne in Betracht gezogen durch THIBIERGE, BAYARD, LÖWENBACH und ADRIAN, und als sehr wichtiges prädisponierendes Moment betrachtet; sie wurde auch wirklich in einer Reihe von Fällen konstatiert. Hervorgehoben wird bei diesem Anlasse die Häufigkeit der Affektion unter den Juden (ADRIAN); dies wurde auch von ELSENBERG konstatiert, ohne dafs dabei auf die Tatsache Rücksicht genommen wurde, dafs bei den Juden Heiraten unter Blutsverwandten sehr häufig sind. FORSTER hat neulich einläfslich die Frage von der Wichtigkeit der Konsangunität bei der Pathogenese des Xeroderma pigmentosum behandelt. Nachdem er die statistischen Angaben von

Terterjanz, Bayard und Halle berichtet hatte, wobei er sich nur auf ganz unzweifelhafte Fälle von Xeroderma stützte, fand er in 11,45% der Fälle Blutsverwandtschaft. Es gehören in diese Kategorie die zwei Fälle von Taylor, vie von Vidal, Hutchins, Thibierge, Monthus, Bayard, Adrian, Forster und ein Fall von Wesolowski, wo die Eltern des Patienten Onkel und Nichte waren.

Aus den bisherigen Prozentzahlen lassen sich zwar gegenwärtig noch keine absolut sicheren Schlüsse über die Rolle der Konsanguinität bei der Pathogenese des Xeroderma pigmentosum ziehen, weil bei der Aufnahme ihrer Krankengeschichten nicht alle Autoren diesen Punkt berücksichtigt haben. Jedenfalls glaube ich, daſs man diesem Moment einen unzweifelhaften prädisponierenden Wert zuschreiben muſs, mehr aber nicht. Logischer Weise darf man annehmen, wie auch Forster darauf hingewiesen hat, daſs bei Heiraten unter Blutsverwandten, im Produkte der Befruchtung, die Gesamtsumme aller Eigenschaften und mangelhafter homologer Tendenzen wieder gefunden werden, die in den Keimzellen der beiden Eheleute vereinigt vorkommen. Diese so konvergierenden Tendenzen würden dann ihrerseits durch Betonung einer Prädisposition die Häufigkeit aller der verschiedenen Störungen (Retinitis pigmentosa, Taubstummheit, Kretinismus, Taubheit) erklären, die man so häufig bei den Nachkommen Blutsverwandter antrifft.

Das Xeroderma pigmentosum sollte nun eine dieser verschiedenen, jedoch nicht notwendigen, Ausdrucksweisen dieser Konvergenz der homologen Neigungen der beiden blutsverwandten Eheleute darstellen. Gegen die Greefsche Hypothese von einer spezifischen Vererblichkeit spricht die Tatsache, daſs die Eltern von an Xeroderma leidenden Kindern selbst an dieser Affektion nicht leiden; ebenso können die Fälle gegen diese Theorie benutzt werden, in welchen ein Xerodermatöser das Pubertätsalter erreichte, sich verheiratete und gesunde Kinder erzeugte. Hierzu gehören die Fälle von Dubois-Havenith und von du Castel. Wie lassen sich aber da, im Einklange mit jener Theorie über die Tendenzen des Keimplasma, die Fälle erklären, wo ein Xerodermapatient der Sohn von nicht blutsverwandten Eheleuten ist; wie ferner jene anderen, wo der eine der beiden Eheleute an Xeroderma litt, während die Kinder gesund blieben? Wie läſst es sich erklären, warum von den Kindern blutsverwandter und nicht blutsverwandter Eltern entweder nur eines der Kinder oder einige derselben, aber nicht alle von der Krankheit befallen werden und zuweilen, wie dies Kaposi beobachtet hat, Kinder nur eines Geschlechts? Auf solche Fragen lieſse sich vielleicht antworten, daſs zwei Eheleute, am häufigsten wohl, wenn sie blutsverwandt sind, homologe Tendenzen in ihrem respektiven Keimplasma aufweisen können; besteht aber bei dem einen der beiden Eheleute eine besondere, nach einer gewissen Richtung

mehr ausgesprochenen Tendenz, so kann diese letztere auf eine andere Tendenz einwirken, die schwächer ist als sie selbst und ihrerseits die homologen Eigenschaften einer Tendenz des Keimplasmas des anderen Ehegenossen besitzt. Mit anderen Worten, nimmt man die Summe der homologen Tendenzen der beiden Eltern einerseits, so kann andererseits diese Summe gegenüber einer anderen stärkeren Tendenz eines der beiden Eheleute vorherrschen oder zurückweichen. Man kann sich auch vorstellen, daſs die homologen Tendenzen der Eltern sich nicht immer mit der gleichen regelmäſsigen Beständigkeit summieren und zwar besonderer Befruchtungsverhältnisse wegen, die vielleicht im Zusammenhange stehen mit Uterusstörungen oder mit den noch unbekannten Vorgängen bei der Bildung des Geschlechts, wie dies FORSTER unter Berücksichtigung des Falles von KAPOSI hervorgehoben hat. Man braucht hier nur an den Fall zu erinnern, den ich in der Arbeit von FORSTER angeführt gefunden habe. Drei Schwestern heirateten drei Brüder mit denen sie keine Verwandtschaftsbeziehungen irgendwelcher Art hatten. Von diesen drei Ehen hatten zwei im ganzen neun Kinder, von denen fünf an Xeroderma pigmentosum erkrankten. Die Kinder des dritten Ehepaars blieben gesund. Nun bleibt noch der Fall übrig, daſs in einer Familie mehrere Kinder von der Affektion befallen sind (in einem soll man bis sieben solcher Patienten gezählt haben). THIBIERGE fand zwei Vetter derselben Generation erkrankt; im Falle von COUILLAUD war eine Tante des Vaters des Patienten 20 Jahre früher an Xeroderma gestorben; im Falle von KAPOSI-RIEHL hatte der Groſsvater der Patientin Xeroderma; in demjenigen von LUKASIEVIECZ war der Vetter der Mutter des Patienten krank und MONTHUS erwähnt einen Fall, wo zwei entfernte Basen des Patienten an Xeroderma litten. Derartige anamnestische Tatsachen haben deshalb zur Annahme geführt, daſs es sich beim Xeroderma um eine familiale Affektion handelt, die auf einer angeborenen Prädisposition beruht. Nichts jedoch hindert uns, derartige Vorkommnisse, neben denen, wo die homologe Heredität nichts ergibt, in derselben Weise aufzufassen, wie wir dies für jene Fälle getan, bei denen die an Xeroderma erkrankten Mitglieder einer Familie zahlreich waren oder bei denen nur eines erkrankte und indem wir die Blutsverwandtschaft der Eltern zwar als ein häufiges, aber nicht notwendiges ätiologisches Moment betrachten. Man soll danach die Prädisposition nicht als eine spezifische Vererblichkeit betrachten, sondern als eine Vererblichkeit verschiedener und besonderer generischen Tendenzen, die sich ihrerseits in mannigfacher Weise nach auſsen betätigen können, sei es nun einfach in der Gestalt der besonderen Betonung einer der Tendenzen des einen der Ehegenossen oder als die Summe jener Tendenzen, die bei den Eltern homolog sind oder sei es, daſs gewisse Vorkommnisse während der Befruchtungsperiode in Frage kommen.

Adrian hat neulich (1906) über den Anteil, welchen die Blutsverwandtschaft der Eltern bei der Ätiologie einzelner Dermatosen haben kann, eine interessante Untersuchung gemacht. Diese Blutsverwandtschaft wurde nachgewiesen bei der Ichthyosis congenita, beim Albinismus universalis, bei der Sklerodermie, bei der Epidermolysis bullosa und beim Xeroderma pigmentosum. Nach Adrian kommt aber dieses ätiologische Moment besonders in Betracht beim Albinismus, bei der Ichthyosis, wo es in 12 % der Fälle angetroffen wird, ferner beim Xeroderma, wo der Prozentsatz schon 11,8 % war, d. h. etwas höher als Forster angegeben hatte (11,45 %). Die Ichthyose und das Xeroderma werden 16,5 mal häufiger bei Kindern von blutsverwandten Eltern als bei anderen angetroffen. Adrian hebt noch als besonders erwähnenswert hervor, daſs die Eltern dieser Patienten niemals Dermatosen, die im entferntesten derjenigen ihrer Kinder geglichen, aufgewiesen haben. Die Blutsverwandtschaft ist somit nur ein prädisponierendes Moment.

Lesser betrachtete das Xeroderma als eine abnorme congenitale Beanlagung der Haut, die durch Störungen im intrauterinen Leben verursacht wird und von diesem Gesichtspunkte aus mit anderen Dermatosen zu vergleichen wäre, wie z. B. mit der Ichthyose. Auch diese letztere erscheint nicht sofort nach der Geburt und so könnte sich auch beim Xeroderma die besondere congenitale Prädisposition in verschiedenen Zeitabschnitten offenbaren. Diese Hypothese ist insofern annehmbar als man voraussetzen kann, daſs die besondere abnorme Beanlagung von speziellen Störungen im intrauterinen Leben abhängen und man sich dementsprechend vorstellen darf, daſs diese Störungen häufiger bei blutsverwandten Ehen sind; es würde sich damit auch erklären lassen, wie eine bei den Vorfahren nicht beobachtete Erscheinung sich nach auſsen betätigen kann; dabei braucht man aber die oben angedeutete Theorie von den besonderen Tendenzen der Keimplasmata der beiden Eheleute nicht fallen zu lassen. Bei dieser Gelegenheit könnte ich auf die Tatsache hinweisen, daſs die Mutter meines Patienten einen Abortus gehabt hatte, daſs sie das Kind, das nun von der Affektion befallen ist, nach einer mühsamen Schwangerschaft geboren hat und nachher noch zwei Aborte hatte.

Dem oben Gesagten muſs noch beigefügt werden, daſs bei Verwandtschaft der Eltern der Xerodermapatienten Anomalien und Krankheiten (Stummheit, Retinitis pigmentosa) gefunden, welche bereits damals von den betreffenden Autoren (Kaposi, Lukasiewicz), wegen ihrer Häufigkeit, mit der Konsanguinität der Eltern in Zusammenhang gebracht wurden. Es ist dies somit ein weiteres Argument zur Unterstützung unserer Theorie.

Es muſs ferner auf die Tatsache hingewiesen werden, daſs in meinem Falle die Eltern schwarze Haare und dunkle Augen, der Vater braune, die

Mutter dagegen helle, zarte Haut, wie das Mädchen hatte, welches letztere aber von ihrem dritten Altersjahre an gelbliche punktförmige und linsenartige Pigmentflecken zeigte, himmelblaue Augen, rötliche Haare, Wimpern und Brauen hatte, wie der Bruder, der ebenfalls an Xeroderma litt. Die Grofsmutter väterlicherseits hatte rote Haare und Epheliden im Gesicht und auf den Handrücken; zwei Brüder des Vaters hatten rote Haare und ein dritter schwarze Haare und roten Schnurrbart. Auf eine derartige Koinzidenz von Tatsachen ist bereits von anderen Autoren hingewiesen worden. PICK soll nämlich schon beobachtet haben, dafs die ausgesprochensten Formen von Melanose in Gestalt von Epheliden und Leberflecken gerade bei Individuen mit blonden, besonders aber mit roten Haaren angetroffen wird, deren Eltern hingegen schwarzhaarig waren. Nach PICK wäre das Xeroderma eine Melanose (Melanosis lenticularis progressiva) wie die Epheliden und Leberflecken, da er es gerade bei Kindern mit blonden oder roten Haaren und abstammend von Eltern mit dunklen Haaren beobachtet hat. Mein Fall stimmt somit mit der Auffassungsweise von PICK überein. Zahlreich sind aber andererseits die Fälle, bei denen dies gar nicht (TAYLOR, DANLOS, HEUSS usw.) oder nur teilweise zutrifft, wie in dem Falle von FORSTER, wo braune Eltern drei gesunde Kinder hatten mit blonden Haaren und blauen Augen und ein Kind mit Xeroderma, das braune Haare und grau-braune Augen hatte. Mein Fall könnte allenfalls zur Bestätigung einer anderen Theorie verwendet werden. In der Familie des Patienten finden sich nämlich Glieder mit roten Haaren und Pigmentflecken (Schwestern, Grofsmutter, Oheime) wie dies auch STERN in seinem Falle konstatiert hat. Manche Autoren haben es aber versäumt, diesen Punkt bei ihren Fällen zu berücksichtigen und können wir uns deshalb auch heute noch nicht auf diesen Umstand stützen, um Schlüsse zu ziehen.

Höchstens könnte man darin ein Argument zugunsten der Ansicht erblicken, dafs in der Familie eine gewisse congenitale Beanlagung für gewisse Hautveränderungen herrscht; diese letzteren würden dann ihrerseits in verschiedener Weise Veränderungen eingehen, sei es nun in bezug auf Zustände des intrauterinen Lebens oder auf besondere vorherrschende Tendenzen, die sich von denen der Eltern unterscheiden, bei welchen letzteren derartige Vorkommnisse fehlen.

BETTMANN hat im Jahre 1901 folgenden Fall beschrieben: Drei Brüder mit Epidermolysis bullosa waren rothaarig und hatten auf den unbedeckten Körperstellen reichliche Pigmentflecke, die Epheliden ähnlich waren. Die Eltern waren blutsverwandt (Vetter) und die Mutter hatte seit zwei Jahren auf den Handrücken eine Dermatose, die man als Xeroderma tardivum betrachten konnte. Bei der Erwähnung dieses Falles von BETTMANN hat FORSTER die Betrachtung daran angeschlossen, dafs die

Mutter von ihren Eltern resp. einem derselben eine Disposition zum Xeroderma geerbt habe, welche Disposition jedoch infolge der Verschmelzung der beiden verschiedenen Keimplasmata der Eltern, die nicht blutsverwandt waren, erst spät, d. h. im erwachsenen Alter, zu ihrer Wirksamkeit gelangte. Bei ihrer Verheiratung mit einem Verwandten verstärkte sich die genannte Disposition durch Summierung der homologen Keimplasmata der beiden blutsverwandten Eheleute; wahrscheinlich infolge von Umständen, die vom intrauterinen Leben abhängen, wurde diese Disposition qualitativ etwas verändert übertragen, so dafs es sich nicht um eine homeomorphe, sondern um eine heteromorphe Heredität handeln würde.

Aus dem oben Gesagten darf man wohl füglich ableiten, dafs das Xeroderma pigmentosum als eine Krankheit zu betrachten ist, bei welcher sich infolge einer angeborenen Prädisposition ein Teil der Bedingungen, durch welche sie entstanden, wiederholt haben. Wenn man mit dem gröfsten Teile der Autoren annimmt, dafs das Sonnenlicht das Ausbrechen der Krankheit begünstigen kann, so mufs man andererseits auch bekennen, dafs eine so seltene Affektion auch kaum zur Entwicklung kommen würde, wenn sich die Wirkung des Sonnenlichtes (und eventuell auch anderer Hautreize, wie z. B. des Frostes) nicht auf einem schon prädisponierten Boden betätigen würde, wie dies Jarisch annimmt.

Worin besteht aber diese Prädisposition und welche Faktoren wirken da zusammen, um zu dem speziellen klinischen Syndrom des Xeroderma pigmentosum zu führen?

Als unwahrscheinlich mufs die Theorie von Funk und von Greef verworfen werden, wonach die Krankheit durch besondere Mikroorganismen verursacht würde, die nur unter dem Einflusse des Lichtes ihre Tätigkeit entfalten. Nicht nur fehlt für eine solche Hypothese jeder positive Beweis, sondern, wenn sie wahr wäre, so müfste sich die Krankheit immer bereits in den ersten Monaten des Lebens zeigen, d. h. nach den ersten Sonnenlichteindrücken; dies geschieht jedoch bekanntlich niemals. Zum Verständnis des Wesens dieser Affektion müssen wir uns deshalb vielmehr an den histologischen Befund wenden.

Pathologische Anatomie.

Ich habe aus der linken Schläfengegend meines Patienten ein kleines Hautstück exzidiert, an welchem folgende Abschnitte zu erkennen waren: 1. Ein Stück anscheinend gesunder Haut mit punktförmigem Pigmentflecke. 2. Eine erythematöse Plaque, die unter dem Fingerdrucke vollständig verschwand. 3. Ein miliariaartiger Pigmentfleck, der auf einem atrophischen, narbenartigen Boden zu ruhen schien. Fixierung in Alkohol und Verschlufs in Paraffin.

Ich wünschte mir erstens darüber Gewifsheit zu verschaffen, ob zwischen den morphologisch-klinischen Erscheinungen des Erythems und der Pigmentation ein Zusammenhang bestehe oder ob beide voneinander unabhängige Vorkommnisse seien. Mit anderen Worten, es handelte sich darum, zu erfahren, ob man es bei diesen Flecken um primäre oder aber um sekundäre Pigmentationen, als Folgeerscheinungen des Erythems zu tun hatte. POLLITZER hatte schon früher eine Theorie im letzteren Sinne aufgestellt; sie war aber von UNNA in histologischer und von anderen Autoren in klinischer Richtung vernichtet worden. HALLOPEAU will nämlich in einem Falle, wie wir dies oben bereits angedeutet, gesehen haben, wie ein Fall von Xeroderma direkt mit Pigmentationen ohne vorausgehende Hyperämie begonnen hatte.

Bei der Einteilung meines histologischen Befundes werde ich mich der besseren Deutlichkeit wegen auf das morphologische Prinzip stützen.

1. Erythematöse Plaque. Man kann sagen, dafs die Veränderungen in der Epidermis stets solchen in der Cutis entsprechen, so dafs die ersteren eine unzweifelhafte Folgeerscheinung der letzteren bilden. In der oberflächlichen Cutis (Cutis papillaris und subpapillaris) findet man die charakteristischen Zeichen eines entzündlichen Prozesses, nämlich eine kleinzellige Infiltration, verursacht durch eine Proliferation der fixen Bindegewebszellen und durch eine Exsudation geformter Elemente, in Gestalt von kleinen Zellen mit deutlichem und gut färbbarem Kerne. Diese Infiltration ist besonders ausgesprochen in der Umgebung der Gefäfse, der Follikel, der Talgdrüsen und des oberen Abschnittes der Knäueldrüsen. Die Kapillaren sind dilatiert, die Endothelien meist aufgetrieben. Auch die glatten Muskelfasern sind infiltriert, aufgefasert, ihre Kerne blafs und deformiert. In den Talgdrüsen bemerkt man keine bedeutenden Veränderungen; im intra-epidermalen Abschnitte der Knäueldrüsenausführungsgänge und der trichterförmigen Follikeleinsenkungen bemerkt man bereits einen Anfang von Keratose, die einer mäfsigen Verdickung der Hornschicht entspricht; die letztere ist nicht sehr kompakt und stellenweise in dünne Lamellen gespalten. Anzeichen von Parakeratose findet man in dieser Schicht keine. Die entsprechende Körnerschicht ist gut entwickelt, sowie ebenfalls das Stratum Malpighi, dessen Elemente normale Anordnung ohne Spur von Ödem zeigen. Die Basal- oder Keimschicht dagegen weist stellenweise Kerne in Kariokinese auf; an einzelnen Punkten sind die Zellen etwas regellos gelagert und nicht sehr deutlich, indem aus dem darunter liegenden Derma Infiltrationselemente eingewandert sind. Diese basalen Zellen scheinen kein abnormes Pigment zu enthalten. Die dermo-epidermale Grenze ist durch eine geschlängelte, unregelmäfsige Linie angedeutet, die stellenweise ziemlich scharf, meist jedoch verschwommen ist, besonders da, wo die intensivere Cutisinfiltration die darüberliegende

Epidermis zu ergreifen beginnt. Die Papillen sind stellenweise etwas aufgetrieben und die Zapfen des entsprechenden Rete Malpighi etwas aus ihrer Richtung abgelenkt und ausgezogen. Im Kollagen findet man keine ausgesprochenen Entartungserscheinungen; das elastische Gewebe ist besonders in den stärker infiltrierten Partien entschieden verringert, die Fibrillen zum Teil dünn, weniger geschlängelt und blafs, zum Teil aufgelockert und schlecht gefärbt.

Im Vergleiche zum oben Gesagten, möchte ich die Beschreibung eines klinisch anscheinend gesunden Hautabschnittes anschliefsen lassen, das wie eine Ephelide aussieht. Die Epidermis ist von ungefähr normaler Dicke in allen ihren Schichten. Als einzige bemerkenswerte Veränderung möchte ich eine stärkere Pigmentanhäufung in den Zellen der Basalschicht hervorheben, welche jedoch das Strukturbild der Zellen nur an wenigen Stellen verdeckt und zwar an denen, welche dem auf der Haut sichtbaren Flecke entsprechen. Hier kann man auch ab und zu ein Pigmentkörnchen sehen, dafs sich in eine Zelle des Rete Malpighi oder in die Zwischenzellenräume hinein verirrt hat. Im übrigen ist die dermo-epidermale Grenzlinie in beinahe normalerweise wellenförmig verlaufend. In der Cutis findet man da und dort in der Umgebung der Gefäfse, einzelner Follikel oder Drüsen untrügliche Zeichen von entzündlicher Infiltration, die in den mittleren Schichten der Cutis die Gestalt von Herden annimmt: Das elastische Gewebe ist rarefiziert, die kollagenen Fasern etwas kompakter. In der papillären Cutis, den Pigmentationen in der Epidermis entsprechend, sieht man unregelmäfsig zerstreute braune Pigmenthaufen, die zum Teil frei in den Lymphspalten, zum Teil innerhalb von unregelmäfsig gestalteten Bindegewebszellen liegen.

2. Narbenartige Plaque mit miliariaartigem Pigmentfleck. Bei schwacher Vergröfserung erscheint die Epidermis in ihrer Gesamtheit nicht normal. Sie ist verdünnt; die Zapfen des Rete Malpighi sind entweder verschwunden oder stellenweise durch eine wellenförmige Linie angedeutet. Bei etwas stärkerer Vergröfserung erscheint die Hornschicht etwas dicker als gewöhnlich, aber homogen, ohne Spuren von Parakeratose; auf deren Oberfläche löst sich ab und zu eine ganz dünne Lamelle ab. Die Körnerschicht ist kaum durch eine unterbrochene Schicht von meist schwach gekörnten und verkleinerten Zellen angedeutet. Die Elemente des Rete Malpighi haben ihre normale Gröfse, Anordnung und Kernfärbung verloren; sie erscheinen kleiner, wie geschrumpft, mit gut gefärbtem Kerne auf diffus und unregelmäfsig gefärbtem protoplasmatischem Grunde; die Zwischenzellenräume sind verengert. Mit den Färbemethoden von Weigert und von Unna (Jodmethode) sind die Protoplasmafibrillen und die Herxheimerschen Spiralen kaum erkennbar. In der Keimschicht sind die einzelnen Elemente kompakter und mehr mit Pigment beladen,

so dafs ihre Einzelheiten weniger erkennbar sind, besonders im Gebiete der Flecke. Ebenda liegt das Pigment in einer oder zwei Schichten des unmittelbar darüber liegenden Rete Malpighi; dieses Pigment hat die Gestalt von unregelmäfsigen Körnchen oder Körnerhäufchen, die sowohl innerhalb der Zellen als in den Zwischenzellenräumen liegen. Unter dieser Epidermis bestehen in der Cutis Veränderungen, die in direktem Zusammenhang mit denen in der Epidermis stehen. Die Papillen sind vollständig verschwunden und an ihrer Stelle findet man blofs leichte Wellenbildungen in der Cutis. Die oberflächliche und mittlere Cutisschicht, weniger die tiefen, sind zellen- und gefäfsarm; sie befinden sich somit in einem Zustande von Sklerose. Wir finden darin keine Spuren mehr von Talgdrüsen oder Follikeln; nur an den Stellen, wo die Sklerose weniger ausgesprochen ist, sieht man ganz schwache Andeutungen von Follikeln mit einer ziemlich ausgesprochenen Keratose an den Ausmündungen und atrophische Talgdrüsen; zuweilen sieht man einen gewundenen und stellenweise unterbrochenen Abschnitt von einem Knäueldrüsenausführungsgang; in den tiefen Cutisschichten erkennt man noch ab und zu einen kleinen Glomerulus. Spärliche Andeutungen von glatten Muskelfasern mit wenigen spiralförmigen Kernen mit Chromatolyse, wie ich sie in der senilen Haut beschrieben habe. Die Bindegewebsfasern sind wenig geschlängelt, kompakt und färben sich leicht mit Orange. Das elastische Gewebe ist nur durch einige wenige und dünne Fäden vertreten, die kaum geschlängelt sind, beinahe parallel verlaufend und in der oberen Hälfte der Cutis nur schwach gefärbt erscheinen. In den tieferen Cutisschichten dagegen sind diese elastischen Fasern gut gefärbt, ziemlich dick, jedoch meist aufgelockert und weniger verzweigt. Die Gefäfse, besonders in den oberflächlicheren Cutisschichten sind nur spärlich vertreten, ausgezogen und einzelne von ihnen bereits verstopft. Da und dort erblickt man einen kleinen residualen Infiltrationsherd, aus kleinen Zellen mit gut gefärbten Kernen bestehend. Aufserdem findet man zerstreute fixe Zellen und Pigmenthäufchen in den Lymphspalten, sowie Pigmentkörnchen, die in unregelmäfsiger Weise innerhalb von Zellen angesammelt sind. Dieses Vorkommen von Pigment ist jedoch nur an einzelnen Stellen von Bedeutung und zwar im Gebiete der pigmentierteren Epidermispartien.

Wo die Sklerose weniger ausgesprochen ist, sieht man noch deutlich die Spuren des vorausgegangenen entzündlichen Prozesses. Aufserdem spielt sich da ein Vorgang ab, der mir von grofser Bedeutung zu sein scheint für die Interpretation der Pigmentation in ihrer histogenetischen und morphologischen Bedeutung. Man findet nämlich dem Verlaufe der Gefäfse entlang, die noch nicht obliteriert sind, Ansammlungen von braunem Pigment und selbst hier und da ein Körnchen innerhalb des Gefäfses. An einer Stelle sieht man ferner mit der gröfsten Deutlichkeit

in einem Kapillargefäfse, das im Begriffe ist sich zu obliterieren, zahlreiche Pigmentkörner innerhalb von Endothelzellen.

Diesem Befunde gegenüber habe ich mir folgende Fragen gestellt:

1. Hat das Pigment in der Epidermis und das in der Cutis dieselbe Abstammung, d. h. aus dem Blute, oder aber ist diese Herkunft für beide Lokalisationen eine verschiedene?

2. Wird das Pigment in die Epidermis hinein von der Cutis her eingeführt, und zwar mittels chromatophoren Elementen, oder aber wird es in den Epidermiszellen selbst gebildet?

Meirowsky hat neulich in seiner experimentellen Studie die Bildung des Pigments in der Regeneration der Epidermis nach der Anwendung der Finsenschen Iradiation untersucht. Er hat dabei gefunden, dafs besonders spindelförmige Zellen von der Cutis her in die Lymphräume der neugebildeten Epidermis eindringen, indem sie sich der Gestalt der letzteren anpassen und dadurch eine verzweigte Form mit Ausläufern annehmen. Diese Zellen sind mit Pigment beladen und können somit als Chromatophoren betrachtet werden.

Meirowsky behauptet, dafs sie ihr Pigment nicht selbst bilden, dafs man sie vielmehr als Ablagerungen von Cutispigment aufzufassen habe, welches Pigment sich aus dem Blutfarbstoffe im Inneren der kleinsten Gefäfse und der Lymphspalten gebildet hat. Diese Elemente von dermaler Herkunft sollten dann zur Pigmentation der Epidermis beitragen: die Epidermis selbst hingegen verdankt ihre Pigmentation besonderen Metamorphosen der Kernsubstanz ihrer Elemente, die sich ihrerseits wieder in ramifizierte Elemente umwandeln sollten. Das auf diese Weise gebildete Pigment würde sodann in die Zwischenzellenräume hineinwandern. Der Ansicht Meirowskys, welcher also den Epidermiszellen die Fähigkeit zuschreibt, selbst Pigment zu bilden, schliefsen sich Kodis, Mayer, Schwalbe, Jarisch, Post, Grund, Kaposi an. In seiner interessanten Studie hebt M. des weitern hervor, dafs sich die Gegner des epidermalen Ursprungs des Pigments auf eine irrtümliche Auffassung der ramifizierten Zellen gestützt haben; sie betrachten nämlich diese in der Epidermis vorkommenden Zellen als chromatophore Wanderzellen, die nach den einen von Leukocyten (Riehl, Aeby, Meyerson, Rabl) abstammen, nach den anderen mit den pigmenthaltigen Bindegewebszellen in der Cutis identisch sein sollen. Zu dieser Gruppe von Autoren gehören Kölliker, Caspary, Karg u. a.

Karg, der die Pigmentfrage studiert hat und Transplantationen von Negerhaut auf den Weifsen, sowie umgekehrt, gemacht hat, zieht aus seinen Untersuchungen den Schlufs, dafs „das Pigment den Epidermiszellen zugeführt wird durch Zellen, welche aus der Cutis stammen". Diese chromatophoren Zellen wandern in die Epidermis ein oder, wenn sie an

der dermo-epidermalen Grenze stehen bleiben, senden sie wenigstens zahlreiche Fortsätze zwischen die Zwischenzellenräume der Epidermis selbst hinein; diese Fortsätze sollten in den Epidermiszellen enden, besonders in der Basalschicht, wo sie den dortigen Elementen ihr Pigment abgeben. KARG behauptet nun einerseits, daſs diese chromatophoren Zellen bindegewebiger Natur seien, andererseits meint er, daſs dabei den Blutgefäſsen, vielleicht auch dem Hämoglobin eine Rolle zufallen dürfte.

LOEB will zu entgegengesetzten Schlüssen gekommen sein. Das Pigment soll nach ihm in den Epithelzellen entstehen „The pigmentation of the skin has its origin in metabolic changes in the epithelial cells alone".

EHRMANN, welcher im Jahre 1885 erklärt hatte, daſs Pigment in der Epidermis durch eine Umwandlung der Epidermiszellen selbst entsteht, hat später, auf Grund von embryologischen Untersuchungen, seine Ansicht geändert und betrachtet die Pigmentzellen sowohl in der Epidermis als in der Cutis als Zellen „sui generis", die er „Melanoblasten" nannte. Die Melanoblasten der Epidermis sollten von denen der Cutis abstammen. Das Pigment sollte den Melanoblasten der Epidermis durch die Lymphe der Zwischenzellenspalten zugeführt werden, und in dieser Lymphe befände sich auch etwas Hämoglobin aufgelöst. Diese Theorie von EHRMANN über diese Zellen „sui generis" war aber etwas gar zu phantastisch und wurde unter anderen von SCHWALBE und GRUND angefochten, welche für den epithelialen Ursprung des Epidermispigments eintraten, und neuerdings von MEIROWSKY, welcher auf Grund seiner Untersuchungen vor allem darauf hingewiesen hat, daſs die Theorie der Melanoblasten das Vorkommen von Pigment der Epidermis in den Narben nicht erklären würde, da EHRMANN behauptet, daſs in den Narben die Melanoblasten mit dem Papillarkörper verbreitet worden seien.

Ohne mich des weiteren über die Ansichten der verschiedenen Autoren zu verbreiten, will ich lieber zu meinen Präparaten von Xeroderma pigmentosum zurückkehren, in denen ich, wie gesagt, folgendes gefunden habe:

„1. In der Epidermis sind die Elemente der Basalschicht und einer oder zwei Zellenreihen der tieferen Schicht des Rete Malpighi angefüllt mit unregelmäſsigen Pigmentkörnern, wie in den Zwischenzellenräumen. Dagegen konnte ich nirgends eine Wanderung von Elementen aus der Cutis in die Epidermis finden. Die Epidermiszellen zeigten keine Veränderungen in ihrer Gestalt und besonders Fortsätze; nur an den Stellen, wo die Sklerose bereits weit vorgeschritten war; hier waren die Elemente verkleinert, atrophisch und man konnte die Protoplasmafibrillen sowie die HERXHEIMERschen Spiralen nicht mehr erkennen.

2. In der Cutis lag das Pigment entweder frei in Klötzen oder unregelmäſsigen Körnern in den Lymphräumen, oder innerhalb der Binde-

gewebszellen, oder haufenweise einzelnen Kapillaren entlang, oder frei in deren Lumen resp. in deren Endothelien.

3. Sowohl das Pigment in der Epidermis als das in der Cutis hat dieselbe braune Farbe, und ich habe nirgends auffallende Unterschiede in der Form und Gröſse der Pigmentkörner in diesen beiden Schichten konstatieren können.

Der Umstand, daſs jede Spur von Wanderzellen in der Richtung von der Cutis nach der Epidermis fehlt, könnte allenfalls zugunsten der MEIROWSKYschen Hypothese verwendet werden, d. h. daſs sich das Pigment in der Epidermis selbst gebildet habe. In Anbetracht des Umstandes, daſs man Pigmentkörner in den Epidermiszellen und in den Lymphspalten findet, lieſse es sich wohl denken, daſs die Lymphe, welche in den letzteren zirkuliert, aufgelöste Blutbestandteile mit sich führt; indem nun die Lymphe in die Epidermiszellen eindringt, könnten jene Blutbestandteile eine chemische Reaktion hervorrufen, deren Resultat die Bildung von Pigment wäre. Kraft eines osmotischen Prozesses durch die Zellmembran hindurch könnte sich dann diese Reaktion in mehr oder weniger ausgesprochener Weise auch in den Zwischenzellenräumen wiederholen. Dies würde meiner Ansicht nach auch eine Erklärung dafür liefern, warum unter normalen Verhältnissen das Pigment nur in der Basalschicht gebildet wird; man könnte sich dabei vorstellen, daſs entweder die Zellen der Basalschicht besondere chemische Eigenschaften besitzen oder daſs die Lymphe auf ihrem Wege von der Cutis her die pigmenterzeugende Substanz in der ersten Schicht, auf die sie stöſst, verliert und nun für die oberen Epidermisschichten keinen Vorrat mehr hat. Mit anderen Worten, die Basalschicht würde der Lymphe gegenüber eine Art Filter darstellen. Unter besonderen Umständen pathologischer Natur würde sich eine gröſsere Menge dieser pigmenterzeugenden Substanz in der Lymphe vorfinden. Dementsprechend könnte man auch logischerweise annehmen, daſs diese verstärkte Eigenschaft der Lymphe zu ihrer Erschöpfung einer gröſseren Menge epidermaler Elemente bedarf; daraus würde sich wieder die vermehrte Pigmentmenge in der Epidermis erklären lassen, welches Pigment auſser in der Basalschicht auch in anderen Schichten des Rete Malpighi vorkommen könnte.

Aus meinen Präparaten erhält man ferner den Eindruck, als ob jene pigmentbildende Substanz vom Blute stamme. Wir haben nämlich freies Pigment im Lumen der kleinen Kapillaren gefunden, sowie auch Ansammlungen desselben längs dem Verlaufe dieser Kapillaren und in deren Endothelien, in den Lymphspalten der Cutis und innerhalb der Bindegewebszellen. Ich glaube deshalb nicht, daſs das Pigment in die Epidermis von der Cutis her gelangt, und zwar weder präformiert noch durch Vermittelung besonderer chromatophorer Elemente. Ebensowenig glaube ich, daſs

sein Vorkommen in den Zellen als der Ausdruck eines phagocytären Phänomens aufzufassen sei.' Um ferner das Vorkommen in der Epidermis von zelligen Elementen, die aus der Cutis stammen und Pigment führen (weshalb sie von gewissen Autoren Chromatophoren genannt würden), erklären zu können, habe ich mir die Sache in folgender einfachen Weise vorgestellt: Es könnte der Fall sein, dafs diese Chromatophoren bereits in der Cutis und in den Gefäfsendothelien chemische Reaktionen analoger oder identischer Art wie in den Epidermiszellen haben und dann in die Epidermis hineingewandert sind, und zwar nicht mit der bestimmten Funktion, Pigment hineinzubefördern, sondern als einfache Wanderzellen ohne Pigment. Die Anpassung dieser aus der Cutis hergewanderten Zellen und das Vorhandensein von Pigmentkörnern in diesen eingewanderten Elementen und in den Zwischenzellenräumen geben uns eine ganz gute Erklärung für diese verzweigten Figuren, welche von einzelnen Autoren als eine besondere Metamorphose der zelligen Elemente angesehen worden sind, denen eine chromatophore Bedeutung zukommen soll. Wie wir oben das Vorhandensein von Pigment in den Zwischenzellenräumen erklärt haben, können wir andererseits auch das Vorkommen von Pigment in den Lymphspalten der Cutis erklären.

Aus dem oben Gesagten geht hervor, dafs die pigmentbildende Substanz in bezug auf ihre Herkunft für die Epidermis und für die Cutis dieselbe sein mufs. Mit Mayer, Kodis, Schwalbe, Jarisch, Post, Grund, Meirowsky nehmen wir an, dafs sich das Epidermispigment in den Epidermiszellen selbst bildet, ohne als solches aus der Cutis hierher befördert worden zu sein, sind aber der Ansicht, dafs dies deshalb geschieht, weil diese Epidermiszellen der Lymphe gegenüber in einer besonderen Weise reagieren. Wenn wir also diese verhältnismäfsig autonome Eigenschaft der Epidermiszellen anerkennen, so müssen wir andererseits in Übereinstimmung mit anderen Autoren annehmen, dafs die Epidermiszellen diese ihre reaktive Eigenschaft auf Grund einer essentiellen Bedingung entfalten, die ihnen von der Cutis oder, besser gesagt, von der aus der Cutis strömenden Lymphe erteilt wird. Ich glaube daraus schliefsen zu dürfen, dafs das Pigment aus dem Blute stammt, dafs es seine Anwesenheit in den Zellen einer besonderen biochemischen Reaktion verdankt. Tritt diese Reaktion in erhöhtem oder gar übertriebenem Mafse ein, so mag dies wohl im Zusammenhange mit gewissen pathologischen Zuständen geschehen, die in Störungen des Stoffwechsels der Zellen zum Ausdrucke kommen. Ebenso wahrscheinlich kommt uns die Hypothese vom Bestehen besonderer hämolytischer Erscheinungen vor, die bereits innerhalb der kleinen Kapillaren eintreten, wenn diese letzteren infolge von hyperämischen Zuständen einer mehr oder weniger protrahierten Dilatation ausgesetzt sind; es ist dabei gar nicht notwendig, dafs durch diese Hyperämie Blutungen per diapedesin

oder per rhexin in dem Grade entstehen, daſs infolge der Auflösung der ausgetretenen roten Blutkörperchen Veränderungen eintreten, die zu Pigmentationen führen können. Eine Pigmentation der letzteren Art kommt sicher nach langdauernden Hyperämien zustande; ich glaube aber, daſs dieselbe die andere Möglichkeit der Pigmententstehung nicht ausschlieſst, welche bereits im Inneren der kleinen Gefäſse vor sich geht, und zwar derart, daſs sie durch unsere gewöhnlichen Untersuchungsmittel nicht nachgewiesen werden können. Diese Auffassungsweise zeigt uns denn auch, aus welchem Grunde die erstere Art der Pigmentation (aus dem extravasierten Blute) nur einen vorübergehenden Charakter hat, indem die Zerfallsprodukte der roten Blutkörperchen später resorbiert werden können; im anderen Falle dagegen handelt es sich um besondere biochemische Reaktionen der Zellen, wo die Pigmentation notwendigerweise einen stabileren Charakter haben muſs.

Wie bereits weiter oben angedeutet, läſst Meirowsky das Cutis- und Epidermispigment aus zwei verschiedenen Quellen stammen: während das Oberhautpigment aus der Kernsubstanz der Epidermiszellen kommen soll, wird das Cutispigment „unter der Einwirkung des Lichtes beim Menschen innerhalb der kleinsten Kapillaren und frei in Lymphspalten aus ausgetretenem Blutfarbstoff gebildet und dann sekundär von Zellen der Cutis aufgenommen oder entsteht in Cutiszellen, die vorher Hämoglobin aufgenommen hatten“. Ebenso nimmt auch Cohn an, daſs das Pigment in der Cutis aus den Lymphspalten kommt, von wo es durch die Bindegewebszellen aufgenommen wird. Meine Auffassungsweise unterscheidet sich somit von derjenigen dieser beiden Autoren; nach meiner Ansicht stammt nämlich das Pigment nicht direkt als solches aus dem Blute, wonach es dann durch die Zellen kraft deren phagocytischer Eigenschaften aufgenommen wird, sondern aus dem Blute stammen nur gewisse Substanzen, welche das Pigment in Anwesenheit besonderer Reaktionen in den Zellen produzieren können. Dadurch finden auch gewisse Bewegungen der Kernsubstanz ihre Erklärung, welche die Basis der Untersuchungen von Meirowsky sind.

Aus den mannigfaltigen chemischen Reaktionen der verschiedenen zelligen Elemente in der Epidermis und in der Cutis lieſsen sich dann auch die Unterschiede in den beiden Pigmentarten, d. h. des Cutis- und des Epidermispigments (Melanin Unnas), sowohl was ihre morphologischen als was ihre chemischen Eigenschaften anbelangt, erklären. Gerade über diese Verschiedenheiten des Oberhaut- und Cutispigments haben Unna, van der Vegt, Lederrmann, Barlow, Dreysel Untersuchungen gemacht. Ich habe meinerseits meinen Präparaten von Xeroderma pigmentosum jene Unterschiede in der Färbbarkeit der beiden Pigmentarten, wie dies unter anderen Unna mit seinen Färbemethoden gefunden haben will, nicht konstatieren können.

Meiner Meinung nach hat der Einwurf gegen meine Theorie von der hämatogenen Abstammung des Pigments keinen Wert, der Einwurf nämlich, welcher aus den Experimenten von MEIROWSKY hervorgehen soll, der FINSENsches Licht auf einen Hautbezirk hat einwirken lassen, das sich unter dem Drucke einer Glasplatte befand. Wenn nämlich da das Blut unter dem Drucke des Glases aus den Gefäſsen getrieben wurde, so geschah dies nur für einen Augenblick, während der Iradiation, und nur oberflächlich. Nichts hindert uns deshalb anzunehmen, daſs nach dem Aufhören des Druckes die unter dem Einflusse des FINSENschen Lichtes veränderten Epidermiselemente nachher gegenüber der wiedereingetretenen Blut- und Lymphzirkulation auf besondere Weise und unter Bildung von Pigment reagiert haben können.

Wenn das Sonnenlicht auf eine Haut wirkt, die in besonderer Weise zu reagieren befähigt ist, was offenbar beim Xerodermatösen zu geschehen pflegt, so wird sich meiner Ansicht nach die Abstammung des Pigments sehr wohl erklären lassen auf Grund des oben Gesagten. „Ubi stimulus, ibi fluxus." Auf den Stimulus der Sonnenstrahlen muſs in der Haut eine entzündliche Hyperämie folgen, die je nach ihrer Intensität oder mehr oder weniger oberflächlichen Lage klinisch nachweisbar sein wird oder nicht. Aus dieser Hyperämie entspringen sodann jene Stoffe, welche imstande sind, die Bildung des Pigments in den Zellen der Cutis und der Oberhaut zu veranlassen, d. h. in Elementen, die bereits stark durch das Sonnenlicht beeinfluſst worden waren. Damit nähern wir uns der Ansicht POLLITZERS, welcher den Pigmentfleck beim Xeroderma als den Ausdruck einer der entzündlichen Hyperämie sekundären Erscheinung betrachtet; dadurch stellt er sich in Gegensatz zu UNNA, der seinerseits behauptet, daſs der Pigmentfleck unabhängig von der chronischen Entzündung sei, dagegen in Beziehung stehe zu einer Ansammlung von melanotischer Substanz, welche durch chemotaktische Einflüsse des Lichtes auf die Hautoberfläche bedingt wird. Das Fehlen einer Diapedese von roten Blutkörperchen und von Überresten solcher könnte sehr wohl auf der Tatsache beruhen, daſs die Erscheinung in dem Momente stattfindet, wo sie nicht gerade beachtet wurde. Wir brauchen nämlich nicht bloſs anzunehmen, daſs infolge der Hyperämie eine Diapedese eintrete und daſs die Zerstörung der roten Blutkörperchen so rasch vor sich gehe, daſs es schwer fällt, noch Spuren derselben zu finden; vielmehr werden wir uns stets auf Grund obiger Auseinandersetzungen vorstellen können, daſs die Zerstörung nicht allein durch Diapedese geschieht, sondern bereits im Inneren der kleinen Kapillaren, die infolge eines entzündlichen Prozesses erweitert sind. Dabei dürfen wir den Umstand nicht unbeachtet lassen, daſs das Sonnenlicht sicherlich die Haut eines für Xeroderma prädisponierten Individuums in besonderer Weise beeinflussen muſs. Infolge eines eigenartigen hämo-

lytischen Prozesses käme es also zur Bildung gewisser Stoffe, die zur Entstehung von Pigment führen, und zwar dann, wenn jene Stoffe mit zelligen Elementen in Berührung kommen, die durch das Sonnenlicht besonders beeinflufst worden sind.

Hautstücke, in deren Bereich Venenektasien vorkamen, habe ich niemals untersucht. UNNA behauptet, dafs die Stellen, wo man bei der histologischen Untersuchung Venenektasien findet, klinisch nicht den Pigmentflecken entsprechen, sondern blutroten Punkten. Es läfst sich wohl einerseits vorstellen, dafs die Venenektasien infolge einer durch die Cutissklerose verursachten erschwerten Blutzirkulation entstanden sind; andererseits läfst sich aber sicher nicht leugnen, dafs im Bereiche dieser ektasierten Venen mit der Zeit sekundäre Pigmentationen eintreten können, ähnlich denjenigen, die man in Verbindung mit der entzündlichen Hyperämie antrifft, welche unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen auf eine prädisponierte Haut entstehen.

Welchen Wert haben wir nun dem Begriffe „Prädisposition“ beizulegen? Warum reagiert die Haut des Xerodermatösen in besonderer Weise dem Sonnenlichte gegenüber? Welches ist denn die Pathogenese des Prozesses? Wir brauchen hier nur auf die oben auseinandergesetzten ätiologischen Betrachtungen zu verweisen, die sich auf die Blutsverwandtschaft der Eltern beziehen. Ausgehend von den histogenetischen Gründen, auf die ich mich gestützt habe, glaube ich zwar einerseits, dafs die Benennung der Krankheit als Xeroderma pigmentosum ihre volle Berechtigung hat, andererseits halte ich aber dafür, dafs die Dermatose von KAPOSI keineswegs den Ausdruck einer frühzeitigen Senilität der Haut vorstellt, wie dies KAPOSI, ARNOZAN, LESSER behaupten, auch nicht kongenitale Diskeratose (AUDRY), wohl aber vielmehr die Synthese, die Zusammenfassung einer Reihe von Prozessen, die einen eigentlichen, wahren, dermitischen Prozefs bilden. Damit würde ich also, zum Teil wenigstens, mit POLLITZER, NEISSER, TAYLOR und LUKASIEVICZ übereinstimmen. Dieser dermitische Prozefs, der sich klinisch durch ein Erythem oder papulöse Erhabenheiten zu erkennen gibt, kann aber auch klinisch unsichtbar bleiben, wie dies bei anderen pathologischen Prozessen in der Haut geschieht. Kraft seiner langen Dauer oder seiner relativen Intensität würde er dann zur Sklerose der Cutis mit nachfolgender Atrophie einerseits und Pigmentation andererseits führen. Diese Pigmentationen wären somit, wie übrigens die Sklerose und die Atrophie, eine sekundäre Erscheinung, d. h. der Ausdruck einer hämatogenen Hyperchromatose, abhängig von hyperämischen Zuständen, welche in dem entzündlichen Prozesse, der sich in der Cutis abspielt, eine mehr oder weniger hervorragende, mehr oder weniger oberflächliche und folgenreiche Rolle spielen. Trotz des scheinbaren Fehlens einer vorausgehenden Hyperämie braucht man deshalb noch nicht anzunehmen, dafs

der Cutisprozefs entzündlicher sich überhaupt nicht abgespielt hat; nur geschah dies in den tieferen Schichten. Wir können somit dieses krankhafte Syndrom als eine Erscheinung betrachten, deren Gelegenheitsursache in der Wirkung der chemischen Strahlen des Sonnenspektrums liegt. Diese Wirkung trägt nun dazu bei, an den unbedeckten und, wenn auch weniger leicht, an den bedeckten Körperstellen eine besondere Hautreaktion hervorzurufen. Diese Reaktion resp. Vulnerabilität der Haut mufs unserer Meinung nach nicht als eine von Geburt auf in einer bestimmten Richtung spezifische aufgefafst werden, was uns das Xeroderma pigmentosum als eine wesentlich hereditäre Krankheit erscheinen lassen müfste. Wir sind vielmehr der Ansicht, dafs man die Blutsverwandtschaft der Eltern ganz besonders berücksichtigen mufs; infolge von besonderen Störungen im intrauterinen Leben oder infolge einer Summierung mangelhafter homologer Eigenschaften der Keimplasmata beider Eltern bei der Befruchtung kann sich bei der Nachkommenschaft unter der Gestalt von Anomalien eine Beanlagung zu einer vermehrten Empfindlichkeit und Vulnerabilität entwickeln. Zur Veranlassung der besonderen Reaktion der Haut gegenüber dem Sonnenlichte müssen jedoch noch andere Faktoren mitwirken. Bereits der Umstand, dafs das Xeroderma mehr oder weniger spät nach der Geburt auftreten kann, spricht gegen eine angeborene Vulnerabilität; dagegen kann man sich vorstellen, dafs unter der Mitwirkung von autotoxischen Störungen, die bekanntlich in der Pathogenese mancher Dermatosen eine wichtige Rolle spielen, eine solche kongenitale, aber nicht spezifische Empfindlichkeit im Verlaufe der Jahre und zu verschiedenen Zeitpunkten in besonderer Weise in die Erscheinung treten kann. Diese Hypothese erhält eine Stütze in der Häufigkeit gastrointestinaler Störungen im Kindesalter ferner in dem Umstande, dafs diese Störungen sich klinisch öfters wenig bemerkbar machen, so dafs sie selbst dem Auge eines guten Beobachters entgehen können. In derselben Weise lassen sich auch die Eltern irreführen durch das anscheinende Wohlbefinden ihrer Kinder vor dem Auftreten der ganzen Serie von Hauterscheinungen, welche das Xeroderma pigmentosum Kaposi kennzeichnen.

Was die Prognose des Xeroderma zu einer meist ungünstigen gestaltet, ist das spätere Auftreten von Epitheliomen. Die Erklärung des Eintretens einer derartigen Komplikation, die sich früher oder später zeigen kann, macht uns keine Schwierigkeit. Es hat nämlich nichts Wunderbares an sich, dafs eine Haut, die bereits durch eine ganze Reihe von Erscheinungen ihre besondere Empfindlichkeit dem Lichte gegenüber zu erkennen gegeben hat, diesen Erscheinungen oder auch nur einzelnen derselben gegenüber mit dem Auftreten einer Epitheliomatose unter mehr oder weniger rasch eintretenden schweren Erscheinungen reagiert.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Hier sieht man in der Nähe des entzündlichen Prozesses in der Cutis den Übergang zur Sklerose der Cutis und die Atrophie der Epidermis.

Fig. 2. Sklerose der Cutis. Kompaktes kollagenes Bindegewebe; elastisches Gewebe verschwunden. Die Epidermis reich an Pigment, ohne Zapfen, atrophisch, aber mit gut entwickelter Hornschicht.

Fig. 3. Längs dem Verlaufe einer Kapillare und innerhalb der Endothelien abgelagertes Pigment.

Fig. 4. Pigment im Lumen einer Kapillare und in den Endothelien. Pigment enthaltende Bindegewebszellen.

Mikrophotographien von Dr. O. Pes.

Bibliographie.

Adrian, C., Über Xeroderma pigmentosum mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen. *Dermat. Centralbl.* 1904.

Adrian, C., Die Rolle der Konsanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen. *Dermat. Centralbl.* 1906.

Archambault, De la dermatose de Kaposi. *Thèse de Bordeaux.* 1890.

Arnozan, Un cas de Xeroderma pigmentosum. *Annales de Dermat.* 1888.

Audry, Ch., Sur un cas de Xeroderma pigmentosum de Kaposi sans pigmentation. *Annales de Dermat.* 1907.

Balzer et Merle, Xeroderma pigmentosume avec epitheliome de la face. *Soc. de Dermat.* 1906. *Annales de Dermat.* 1906.

Bettmann, Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria. *Archiv f. Dermat.* 1901.

Bayard, A., Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. Inaug.-Dissert. Zürich 1903.

Bettolo, Xeroderma pigmentosum. *Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.* A. XXI. 1903.

Broers, Xeroderma pigmentosum. Vereinigung von Niederlandschen Dermatologen, Dez. 1904. *Annales de Dermat.* 1905.

Belot, J., Traité de Radiotherapie. G. Steinheil Edit. Paris 1905.

Bandler, Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva. *Archiv f. Dermat.* 1905.

Caspary, J., Über den Ort der Bildung des Hautpigments. *Archiv f. Dermat.* 1891.

Crocker, R., Atrophoderma pigmentosum. *Med.-chir. transact.* 1884.

Dalous et Constantin, Sur l'epitheliomatose pigmentaire de Unna. *Annales de Dermat.* 1905.

De Amicis, T., Due nuovi casi di Xeroderma pigmentoso epitel. in bambini della stessa famiglia. *Giornale italiano delle Malattie della Pelle.* 1894.

De Beurmann et Gougerot, Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un epithelioma gastrique. *Annales de Dermat.* 1906.

Du Castel, Xeroderma pigmentosum. *Soc. franc. d. Dermat.* Dez. 1902.

Du Castel, Xeroderma pigmentosum. *La Pratique Dermat.* 1904. Tom IV.

Dufour, Un cas de Xeroderma pigmentosum avec epithelioma de la face. *La Clinique.* 1901.

Ehrmann, S., Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien. *Archiv f. Dermat.* 1892.

Ehrmann, S., Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen. *Bibl. medica.* D. II. Heft 6. Cassel 1896.

Elschning, Irisveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. *Beiträge z. Dermat. u. Syph.* Festschrift J. Neumann. Wien 1900.

Elsenberg, Xeroderma pigmentosum. *Archiv f. Dermat.* 1890.

Falcao, Third internat. Congress of dermat. London 1896.

Fawcett, Kaposis disease. Clinical Society of London. *Brit. med. Journ.* 1905.

Forster, K., Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. Inaug.-Dissert. Berlin 1904. *Dtsch. med. Ztg.* 1904.

Francoz, Contribution a l'etude du Xeroderma pigmentosum. *Thèse de Lyon.* 1905.

Freyse, Über Xeroderma pigmentosum. Inaug.-Dissert. Kiel 1903.

Gagey, Contribution a l'etude de l'hemoglobinurie. Hemoglobinurie continue au cours d'un Xeroderma pigmentosum. *Thèse de Paris.* 1896.

Geber, Über eine seltene Form von Naevus der Autoren. 1874.

Greef, *Archiv f. Augenheilk.* 1901.

Grund, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigment. *Beiträge z. path. Anat. u. allgem. Pathol.* 7. Supplement.

Halle, Ein Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. Inaug.-Dissert. Leipzig 1901.

Halpern, Über das Verhalten des Pigments in der Oberhaut des Menschen. *Archiv f. Dermat.* 1891.

Hallopeau et Macé de Lepinay, Cas probable de Xeroderma pigmentosum fruste. *Soc. franc. de Dermat.* 1906.

Heuss, *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1897.

Jadassohn, Xeroderma pigmentosum. *Bibliothek d. gesamt. med. Wissens f. Ärzte u. Spezialärzte.*

Jarisch, Über die Bildung des Pigments in den Oberhautzellen. *Archiv f. Dermat.* 1892.

Ischseyt, Über die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1904.

Kaelin-Benziger und Heuss, Melanosarkom der Cornea-Scleralgrenze bei Xeroderma pigmentosum. Paracelsus, Zürich 1897.

Kaposi, M., Xeroderma pigmentosum. *Wien. med. Jahrb.* 1882.

Kaposi, M., Xeroderma pigmentosum. Wien. med. Ärzte-Gesellsch., Okt. 1899.

Kaposi, M., Pathologie et Traitement des maladies de la peau. Trad. E. Besnier et A. Doyon. Paris 1891.

Kreibich, K., Über Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum Kaposi als Beitrag zur Kenntnis des Medularkrebses der Haut. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1901.

Lesser, *Charité-Annalen.* 1898. S. 793.

Lesser, Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Berl. med. Gesellsch. *Berl. klin. Wochenschr.* 1900.

Laurent, Mariages consanguins et degenerescences. Paris 1895.

Löwenbach, Handbuch der Hautkrankheiten, Mraček. 1903.

Löw, O., Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum. *Dermat. Zeitschr.* Bd. XIII. Heft 7.

Lamborelle, *Centralbl. f. Augenheilk.* 1897.

Lukasiewicz, Über Xeroderma pigmentosum. *Archiv f. Dermat.* 1895.

Martin, Kaposis disease. 72 meet. of British med. Ass. Oxford. *Brit. med. Journ.* Okt. 1904.

Malcolm Morris, Xeroderma pigmentosum. Dermat. Soc. of London. *Brit. Journ. of Dermat.* 1905.

Meirowsky, E., Die Entstehung des Oberhautpigments in der Oberhaut selbst. Erster Beitrag. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1906. Bd. 42.

MEIROWSKY, E., Ursprung und Bildung dzs Cutispigments. Vierter Beitrag. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1906. Bd. 43.

MEIROWSKY, E., Über den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung usw. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1907. Bd. 44.

MENDES DA COSTA, Xeroderma pigmentosum. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.* 1899.

MÖLLER, Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut im gesunden und krankhaften Zustande. *Biblioth. med.* Abt. D. II. H. 8.

MONTHUS, A., Des alterations oculaires dans le Xeroderma pigmentosum. *Annales de Dermat.* 1902.

NEISSER, Über das Xeroderma pigmentosum KAPOSI. *Archiv f. Dermat.* 1883.

NICOLAS et FAVRE, Deux observations pour servir de contribution a l'etude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum. *Annales de Dermat.* 1906.

OKMO, Über Xeroderma pigmentosum in Japan. Japanische dermatologische Gesellschaft. Nov. 1904. *Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urolog.* 1905.

PERNET, Tumours of Xeroderma pigmentosum. *Brit. med. Journ.* 1902.

PICK, Über Melanosis lenticularis progressiva. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1884.

POLLITZER, Bemerkungen über die Histologie von Xeroderma pigmentosum. *Journ. of cut.* 1892.

POLLITZER, Eine eigentümliche Carcinose der Haut (Carcinoderma pigmentosum LANG). *Archiv f. Dermat.* 1905.

QUINQUAUD, Congrés franc. de dermat. 1889. *Annales de Dermat.* 1889.

RONA, Fall von Xeroderma pigmentosum. Verhandl. d. dermat. u. urolog. Sektion des Königl. Vereins der Ärzte in Budapest. *Archiv f. Dermat.* 1903.

RUECKE, Xeroderma pigmentosum. NEISSERS stereoskop. med. Atlas. *Wien. med. Wochenschr.* 1888.

RUDISCH, Xeroderma pigmentosum de KAPOSI (Carcin. epithel.). *Journ. Russe de Dermat.* 1905.

SCHERBER, Xeroderma pigmentosum. Wiener dermatologische Gesellschaft. Okt. 1905. *Archiv f. Dermat.* 1906.

SICHEL, Xeroderma pigmentosum. Dermat. Soc. of London. *Brit. Journ. of Dermat.* 1905.

TAYLOR, Xeroderma pigmentosum. Transact. of Amer. derm. Assoc. 1877. *Med. Récord.* 1888.

TERTERJANZ, Xeroderma pigmentosum. Inaug.-Dissert. Berlin 1902.

TÖRÖK, La dermatologie a Londres. Melanodermie atrophique de PRINGLE. *Annales de Dermat.* 1891.

TSUTSIN, Über das Xeroderma pigmentosum. Japanische dermatologisch-urologische Gesellschaft. Nov. 1904. *Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urolog.* 1905.

UNNA, P. G., Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1893.

UNNA, P. G., Zur Färbung der roten Blutkörperchen und des Pigments. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1895.

UNNA, P. G., Fall von Xeroderma pigmentosum. Verhandl. d. 73. Versamml. deutsch. Naturforscher und Ärzte. Hamburg 1901. Ref. *Archiv f. Dermat.* 1902.

VIDAL, De la maladie de KAPOSI. *Annales de Dermat.* 1883.

WEST, Dermat. Soc. of London. 1896.

WESOLOWSKI, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum. *Centralbl. f. allgem. Path.* 1899.

WIDMARK, Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut. *Hygieia.* Festband 1889.

ZUMBUSCH, Xeroderma pigmentosum. *Wien. klin. Wochenschr.* 1905.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 3.

1. **Die Herstellung und Bedeutung der Moulagen (farbige Wachsabdrücke)**, von G. Th. Photinos-Athen. Ph. empfiehlt den Dermatologen und Syphilidologen, die Herstellung der Moulagen selbst zu erlernen, und schildert das Verfahren, nach dem Kasten, der Mouleur der Lassarschen Klinik, seine vorzüglichen Moulagen verfertigt; das Verfahren wird von Kasten Ärzten in eigenen Kursen gelehrt.

2. **Einige Fälle von paraurethraler Eiterung beim Weibe**, von Otfried O. Fellner-Wien. F. hat bei vier Frauen Pseudoabscesse der sogenannten Skeneschen Drüsen und bei einer anderen Frau Eiterung zweier paraurethraler Gänge beobachtet; alle fünf Patientinnen litten an starkem Fluor und hartnäckiger Urethrocystitis. Die paraurethrale Eiterung und drei Pseudoabscesse waren blennorrhoischer Natur, im Eiter des vierten Abscesses wurde durch Züchtung Bacterium coli commune nachgewiesen. Der Versuch, die Pseudoabscesse durch Ausdrücken oder Punktion und nachfolgende Injektion verschiedener Mittel oder auch durch Inzision zum Verschwinden zu bringen, mifslang; dagegen brachte in drei Fällen Ausschälung der in mehr oder weniger grofser Ausdehnung mit der Harnröhre verwachsenen Abscesse Heilung. Die Eiterung hörte auf, Urethrocystitis und Fluor, die vorher jeder Therapie getrotzt hatten, liefsen sich nun durch entsprechende Behandlung allmählich beseitigen. Die vierte der Frauen mit Pseudoabscessen liefs den Eingriff nicht an sich vornehmen. Bei der Kranken mit paraurethraler Eiterung wurden die Gänge gespalten, ihre Wandungen ausgekratzt und mit Höllenstein verschorft.

Die Harnröhrenmündung beim Weibe stellt nach F. bei jungfräulichen Individuen nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, eine Spalte dar, sondern eine kreisförmige Öffnung, in welche von unten herauf zwei halbmondförmige Lippen fast bis zur Mitte des Orificiums ragen; diese Lippen flachen sich nach dem Zugrundegehen des Hymens immer mehr ab. Wo ihre hintere Wand in das Niveau der Urethralschleimhaut absinkt, sieht man beiderseits von der Mittellinie auf der Schleimhaut runde, ovale oder spaltförmige Öffnungen; das sind die Öffnungen der fälschlich sogenannten Skeneschen Drüsen, die in der Harnröhre selbst ausmünden. F. bezeichnet diese „Drüsen“ daher als „intraurethrale Gänge“, während er die von den Nischen zu beiden Seiten der Urethra ausgehenden, blind endigenden Gänge „paraurethrale“ nennt. Eine dritte Art von Gängen öffnet sich auf den wulstförmigen Hautbrücken, die von der Innenfläche der kleinen Schamlippen ausgehen und eine Art Damm zwischen Urethra und Vagina bilden; es sind das die „periurethralen Gänge“. Während früher zumeist angenommen wurde, dafs die intraurethralen Gänge der Prostata des Mannes entsprechen, sieht F. in ihnen entweder einen Defekt in der Verwachsung des queren Verschlusses der Harnröhre oder einen Zerfall der Zellen an der Verwachsungsstelle; auch die paraurethralen Gänge beim Weibe sind seiner Ansicht nach entweder die Folge einer Entwicklungsstörung oder eines abnormen Zerfalls. Die periurethralen Gänge beim Weibe sind den paraurethralen Gängen beim Manne gleichzusetzen.

Die wenig beachteten paraurethralen Eiterungen beim Weibe und speziell die Eiterungen der intraurethralen Skeneschen Gänge sind praktisch von der gröfsten Bedeutung, da sie bei Infektionen der Geschlechtsorgane sehr häufig, vielleicht sogar

in der Mehrzahl der Fälle miterkranken. Da die Skeneschen Gänge in der Urethra selbst ausmünden, läfst ihre Erkrankung eine Urethrocystitis nicht zur Heilung kommen, bis sie selbst beseitigt ist; und die Urethritis verursacht und unterhält ihrerseits hartnäckigen, starken Fluor. Pseudoabscesse der Skeneschen Drüsen, wie auch heftige akute Entzündungen der Gänge sind nicht leicht zu übersehen, dagegen ist eine geringgradige akute oder chronische Erkrankung oft schwer zu erkennen; doch gelingt es auch in solchen Fällen häufig, durch Druck auf die Gänge einen Tropfen Sekret herauszubringen. Das mufs denn auch bei allen Erkrankungen der Blase und Harnröhre des Weibes versucht werden; und zwar übe man stets, noch bevor man durch Ausstreichen der Harnröhre Sekret zu erhalten sucht, einen Druck seitlich von der Harnröhre nicht in der Scheide, sondern mehr vorne in der Vulva aus. Freilich gibt es auch Fälle genug, in denen sich kein Sekret ausdrücken läfst. Wegen der Häufigkeit der Erkrankung der Skeneschen Gänge empfiehlt F., diese bei jeder Urethritis gleich mitzubehandeln, auch wenn sich klinisch ihre Erkrankung nicht nachweisen läfst; er reinigt sie nach sorgfältiger Desinfektion der Urethra mit einer feinen Spritze und injiziert einige Tropfen einer Silberlösung. Um die oft schwer auffindbaren äufseren Öffnungen der Gänge deutlich sichtbar zu machen, bläst F. die Harnröhrenmündung mittels eines Siegelschen Ohrtrichters, an dem ein Gebläse angebracht ist, auf. Die nicht ganz seltenen und schwer diagnostizierbaren kleinen Abscesse der intraurethralen Gänge können nach den Erfahrungen Fs. durch Douchieren und Anwendung von Jodtinktur zur Ausheilung gebracht werden; die grofsen Pseudoabscesse müssen ausgeschält werden.

Heft 4.

1. **Über Neuinfektion Hereditär-Syphilitischer und über Reinfektion im allgemeinen**, von Carl Stern-Düsseldorf. Bei einem 28jährigen Mann, der aller Wahrscheinlichkeit nach hereditär-syphilitisch war oder doch in der ersten Kindheit luetisch infiziert worden sein mufste und zurzeit gummöse Geschwüre an verschiedenen Körperteilen aufwies, zeigte sich am Penis ein Ulcus, das durchaus einem Primäraffekt glich, und bald darauf am Rumpfe eine typische Roseola. St. hält es für ausgeschlossen, dafs es sich um eine gummöse Veränderung am Penis und eine zufällig damit zusammentreffende Rezidivroseola gehandelt hat; er ist vielmehr überzeugt, dafs eine Neuinfektion (Superinfektion) eines Hereditär-Syphilitischen vorlag. Für eine Neuinfektion sprach insbesondere die Tatsache, dafs in dem Reizserum des Ulcus am Penis Spirochaetae pallidae in grofser Anzahl nachgewiesen wurden, während in tertiärsyphilitischen Produkten Spirochäten nur sehr selten und dann stets nur in vereinzelten Exemplaren zu finden sind; in den gummösen Geschwüren des Patienten konnten Spirochäten nicht entdeckt werden. — St. erwähnt bei dieser Gelegenheit, dafs seiner Überzeugung nach der Nachweis der Spirochaeta pallida noch nicht als absolut sicherer Beweis für die luetische Natur eines Krankheitsprozesses betrachtet werden darf; denn die Anwesenheit des Krankheitserregers ist noch nicht gleichbedeutend mit dem Vorhandensein von Krankheit. St. hält sich daher auch nicht für berechtigt, lediglich auf Grund des Spirochätenbefundes eine Quecksilberkur einzuleiten. Mit Bestimmtheit aber spricht der Nachweis von Spirochäten für die Diagnose Syphilis, wenn auch die klinischen Erscheinungen damit übereinstimmen. Spirochaeta pallida und refringens lassen sich nach St. nicht immer mit Sicherheit von einander unterscheiden; es kommen nicht selten Übergangsformen vor, und es ist möglich, dafs die Refringens nur eine Entwicklungsphase der Pallida ist.

Neuinfektion Hereditär-Syphilitischer ist bisher nur sehr selten beobachtet worden; bei der hohen Mortalität der hereditär-syphilitischen Kinder kann das allerdings nicht wunderbar erscheinen. Rechnet man die Individuen mit parasyphilitischen Er-

scheinungen und mit kongenitalen parasyphilitischen Mifsbildungen zu den Hereditär-Syphilitischen, dann wäre die Zahl der Reinfektionen Hereditär-Syphilitischer sicher keine kleine mehr. Neisser nimmt an, dafs im Verlaufe der Syphilis unter dem Einflusse der von den Parasiten abgesonderten toxischen Stoffe eine „Umstimmung der Gewebe“ erfolgt, d. h. dafs allmählich eine Änderung der Gewebsreaktion auf die von dem Virus ausgehenden Einwirkungen auftritt; im Spätstadium der Syphilis rufen infolge dessen nicht nur die im Körper befindlichen „eigenen“ Spirochäten, sondern auch fremde, durch Neuinfektion in den Organismus gelangte Spirochäten, wenn sie überhaupt haften, eine der tertiären Umstimmung entsprechende tertiäre Affektion hervor. Diese Umstimmung fehlte bei dem Patienten St.s; denn obwohl bei ihm tertiäre Prozesse vorhanden waren, traten infolge der Neuinfektion Zeichen frischer Lues auf. St. nimmt daher an, dafs die Umstimmung der Gewebe nur bei Kranken besteht, die keine Erscheinungen mehr aufweisen, die sich also im latenten Tertiärstadium befinden. Auch bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen von Reinfektion hereditärsyphilitischer oder in frühester Kindheit syphilitisch infizierter Menschen war eine Umstimmung der Gewebe im Sinne Neissers nicht vorhanden, auch bei ihnen rief die Neuinfektion die Zeichen frischer Lues hervor; in all diesen Fällen schien dem Befunde nach eine Heilung der ererbten oder frühzeitig acquirierten Syphilis eingetreten zu sein.

Neuinfektion von Menschen, die erstmalig im Jünglings- oder Mannesalter syphilitisch geworden sind, kommt häufiger vor, als man gewöhnlich annimmt; St. stellt aus der Literatur der letzten 17 Jahre 80 solche Fälle zusammen. Das Studium dieser Kasuistik zeigt, dafs eine Umstimmung der Gewebe nicht in allen Fällen oder wenigstens nicht dauernd bestand; denn nicht selten trat Jahrzehnte nach der ersten Infektion eine zweite mit allen Symptomen einer frischen Ansteckung auf. Die Umstimmung der Gewebe kann also nach einer Reihe von Jahren wieder verschwinden, d. h. die Lues kann den Körper durchseucht haben, ohne eine bleibende Nachwirkung zu hinterlassen; eine Neuinfektion, die viele Jahre nach der Erstinfektion, nach Ablauf der Umstimmungsperiode erfolgt, beweist also, dafs die erste Syphilis ausgeheilt ist. Dagegen stellt sich eine Neuinfektion, die kurz nach der Erstinfektion eintritt, als „Superinfektion“ dar und darf nicht als Beweis für die Heilung der ersten Syphilis angesehen werden. St. unterscheidet demzufolge in bezug auf Neuinfektionen drei Perioden: die erste, in der aufser den Folgeerscheinungen der ersten Infektion eine Superinfektion vorkommt, die zweite, die Zeit der Umstimmung der Gewebe, in der eine Neuinfektion erfolgen kann, die sich aber klinisch im Auftreten eines gummösen Geschwürs an der Stelle der Neuimpfung äufsern würde, und die dritte, die Zeit des völligen Freiseins des Organismus, in der eine Neuinfektion haften kann wie eine Erstinfektion, in der also eine Reinfektion im engeren Sinne möglich ist.

2. **Drei Fälle von Psoriasis vulgaris bei Säuglingen,** von Adolf Friederichs-Frankfurt a. M. Kurze Mitteilung über drei Fälle von Psoriasis vulgaris bei Säuglingen, von denen zwei drei Monate, einer acht Wochen alt war. Ein Kind starb an Gastroenteritis, nachdem die Psoriasis fast verschwunden war, das zweite wurde fast geheilt, das dritte bedeutend gebessert entlassen. Die Behandlung bestand in Applikation von verschieden starken Lithantrolsalben. *Götz-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 6.

Neue Untersuchungen über das Mikrosporum. Vierter Teil: Allgemeine Morphologie des Mikrosporum im Haar, von R. Sabouraud. Sich selbst überlassen, dauert der Herpes tonsurans in der Regel drei bis fünf Jahre, in seltenen

Fällen sieben Jahre. Während der ganzen Zeit wächst das Haar und mit ihm seine graue Scheide, und es würde im Jahre um ungefähr 12 cm an Länge zunehmen, wie ein gesundes Haar, wenn es nicht vorzeitig abbräche. Auf welche Weise ergänzt sich nun während dieser Zeit das Wachstum seiner grauen Scheide. Erfolgt es von den Myceliumfäden aus, die längs der Rinde des Haares verlaufen, oder dringen aus dem Innern des Haarschafts Fäden an seine Oberfläche, die hier immer wieder neue Sporen erzeugen? Der Lösung dieser Frage ist die vorliegende Abhandlung gewidmet.

S. hat seine Untersuchungen an den kranken Haaren von Kindern und Meerschweinchen angestellt. Seine Antwort gilt für alle Varietäten des Mikrosporon. Immer entsteht die Sporenhülle ursprünglich aus dem Zerfall der Myceleumfäden, die aufsen längs der Haarrinde bis zum Bulbus hinabziehen. Ob aber nicht auch die feineren Verzweigungen, die sich aus den Myceleumfäden im Innern des Haares abspalten und nach aufsen dringen, hier zu jungen Sporen auseinanderfallen — diese Frage bedarf noch weiterer Untersuchungen.

Über den Zusammenhang zwischen Sonnenstrahlen und Epitheliomatose, von W. Dubreuilh. Diese Abhandluug spricht nur von den Epitheliomen des Gesichts und der Hände. Unter ihnen unterscheidet D. drei Gruppen: das Cancroid der Unterlippe, das Ulcus rodens und das Epithelioma papillare oder keratosicum. Von diesen dreien scheidet das erstgenannte aus dieser Untersuchung aus, denn es stellt einen Krebs des Mundes dar; in die Mundhöhle dringen aber die Sonnenstrahlen, deren Beziehungen zur Epitheliomatose studiert werden sollen, nicht ein. Bleiben das Ulcus rodens und das Epithelioma papillare, die D. scharf voneinander unterscheidet. Jenes entsteht nur auf gesunder Haut, dieses entwickelt sich fast immer aus einem Keratoma senile. Dieses bildet wiederum die Teilerscheinung eines Syndroms, das der Verfasser Keratosis senilis nennt und das aufser dem Keratom eine fleckige Pigmentation, dazwischen achromatische Herde und kleine Venenerweiterungen aufweist. Dieses Syndrom der Keratosis senilis findet sich nur im Gesicht und auf dem Handrücken. Für sein Zustandekommen — und also auch für die Entwicklung des Epithelioma papillare, in das sich das Keratoma senile umwandelt — macht D., wie vor ihm schon der Engländer Hyde, die Sonnenstrahlen verantwortlich. Selbstverständlich spielt auch das Alter dabei eine Rolle, aber, wie es scheint, keine unerläfsliche, denn der Status der Keratosis senilis liegt schon dem in viel jüngeren Jahren vorkommenden Carcinom der Seemannshaut und schliefslich auch dem Xeroderma pigmentosum der Kindheit zugrunde.

Eine wie grofse Rolle aber die Sonnenstrahlen beim Zustandekommen des Epithelioma papillare spielen, das geht aus einer Statistik aus der Dubreuilhschen Klinik hervor, die 432 Fälle von Gesichtkrebs — teils Epitheliome, teils Ulcus rodens — umfassen. Von den Epitheliomen kamen 62,5% auf solche Leute, die den gröfsten Teil ihres Lebens im Freien gearbeitet hatten. Für das Ulcus rodens ist das Zahlenverhältnis ein umgekehrtes: auf einen Landarbeiter mit Ulcus rodens kommen zwei Stubenarbeiter.

Es ist sehr wahrscheinlich, dafs, wie das Erythema solare, so auch die Erscheinungen der Keratosis senilis von den violetten und ultravioletten Sonnenstrahlen ausgelöst werden. Ein Beweis läfst sich dafür allerdings nicht erbringen. D. führt dann weiter aus, dafs es wohl besonders die kurzwelligen Strahlen sind, die auf die Haut einwirken. Bekannt ist ja das akute Erythem, das unter dem Einflufs der noch viel kurzwelligeren Röntgenstrahlen entsteht. Aber gerade die X-Strahlen verändern bei längerer Einwirkung die Haut auch in einer Weise, die ganz an die Keratosis senilis erinnert; auch bei der chronischen Radiodermitis finden wir Atrophie, Venenerweiterungen, Pigmentation, Hyperkeratosen und Epitheliome. Im weiteren Verfolg dieser

Betrachtungen spricht D. den Gedanken aus, dafs vielleicht die Schädlichkeit der Lichtstrahlen für die Haut im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Wellenlänge steht.

Von anderen, für die Keratosis senilis veranlagenden Eigenschaften der Haut wird schliefslich ihr Pigmentmangel erwähnt. Da dieser besonders bei blonden Menschen vorherrscht, so darf es uns nicht wundern, wenn sie mehr als dunkelhaarige von der Epitheliomatosis senilis befallen werden. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band I, Heft 5.

1. **Die hypertrophische und stenosierende Tuberkulose der Urethra beim Weibe,** von Henri Hartmaan. Bei einer 27jährigen Frau, die seit Jahren an sehr häufigem Harndrang und Schmerzen während der Miktionen litt, fand H. am Orificium externum der Urethra eine kammartige Wucherung, bedeckt von grau-rötlich gefärbter, dicker, sklerös-ödematöser Schleimhaut; 2 cm hinter dem Orificium war die Harnröhre stark verengt. H. hatte von vornherein den Eindruck, dafs es sich um eine tuberkulöse, der tuberkulösen Striktur des Rektums analoge Affektion handle; er spaltete die vordere Harnröhrenwand bis über die etwa 4 mm lange Striktur hinaus, resecierte die ganze untere Partie der Urethra und vernähte die Schleimhaut des Harnröhrenstumpfes hinten mit der Schleimhaut der Vagina, seitlich und oben mit der Schleimhaut der Vulva. Der Erfolg war ein vorzüglicher: schon am Tage nach der Operation waren Harndrang und Schmerzen verschwunden. Die histologische Untersuchung des abgetragenen Harnröhrenteiles und das Ergebnis der Verimpfung von Gewebsstückchen auf ein Meerschweinchen bestätigten, dafs die Erkrankung tuberkulöser Natur war; die histologischen Veränderungen und das Resultat der Impfung entsprachen durchaus den Veränderungen und der Impfwirkung einer langsam sich entwickelnden Tuberkulose der Haut und der subcutanen Gewebe. — Der Fall beweist, dafs beim Weibe ohne narbenbildenden Prozefs eine Harnröhrenstriktur auftreten kann, und dafs an der Harnröhre des Weibes jene eigentümliche Form von hypertrophischer und stenosierender Tuberkulose, eine Art abgeschwächter Tuberkulose vorkommt, die H. schon vor Jahren mit gewissen Formen des Lupus verglichen hat.

2. **Einfetten der Urethra und nicht des Instrumentes bei der Katheterisierung,** von Raymond Bonneau. B. empfiehlt, zur Katheterisierung und Bougierung der Urethra nicht die Instrumente, sondern die Harnröhre selbst durch Einspritzung kleiner Mengen Öl einzufetten. Er bedient sich dazu eines Injektionsapparates, bestehend aus einer Glasolive, an der ein Gummiballon zum Ansaugen und Ausspritzen von Flüssigkeit angebracht ist. Mittels dieses Apparates wird nach sorgfältiger Reinigung der Glans und der Harnröhrenöffnung die Pars anterior urethrae zuerst mit lauwarmem sterilisierten Wasser oder Borwasser ausgespritzt; dann werden 3—4 ccm sterilisierten Öls injiziert. Sobald die Olive von der Harnröhrenöffnung weggenommen wird, mufs diese bis zum Einführen des Instrumentes zugehalten werden, damit das Öl nicht wieder ausläuft. Von dem Öl gelangen nur wenige Tropfen in die Blase, und diese werden leicht mit dem Urin entleert, am raschesten, wenn der Kranke liegend bei hochgestelltem Becken uriniert. Sollen mehrere Instrumente nacheinander eingeführt werden, so genügt eine Ölinjektion, wenn der Meatus nach der Entfernung eines Katheters immer zugehalten wird. Die Methode ist sehr einfach und hat namentlich den Vorzug, dafs die Instrumente sehr gut gleiten; sie hat aber bei Kranken mit Blasensteinen auch einen Nachteil. B. beobachtete nämlich, dafs in zwei solchen Fällen nach Ölinjektion zum Teil unter Beschwerden kleine,

stecknadelkopf- bis hirsekorngroſse, weiſse, amorphe, leicht zerdrückbare, aus Fettsubstanz und harnsaurem Natron bestehende Massen entleert wurden. Es scheint, daſs bei Kranken mit Blasensteinen das Öl sich auf der Oberfläche der Steine festsetzt und sich dort durch chemische Veränderungen in kleine Konkremente umwandeln kann. Es ist daher ratsam, bei Steinkranken recht wenig Öl, etwa 2 ccm, zu injizieren, damit möglichst wenig in die Blase gelangt.

Heft 6.

Die perineale Prostatektomie und die transvesikale Prostatektomie nach Freyer: vergleichende Studie, von Albert Castano-Buenos Aires. C. hat 40 Fälle von Prostatahypertrophie auf perinealem Wege, 15 Fälle nach der Methode Freyers operiert und teilt hier sämtliche Krankengeschichten in kurzen Auszügen mit. Aus der Summe seiner Erfahrungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Die transvesikale Prostatektomie ist eine einfache Operation und leichter auszuführen als die perineale.

2. Bei der transvesikalen Prostatektomie können wir uns direkt von dem Zustand der Blasenschleimhaut überzeugen und die vesikalen Prostatalappen und Blasensteine ungleich leichter entfernen als bei der perinealen Methode.

3. Die Prostata muſs auf alle Fälle ganz entfernt werden; dabei bleibt bei der transvesikalen Operation die Pars posterior urethrae intakt, bei der perinealen muſs sie geopfert werden.

4. Die Katheterisierung nach der transvesikalen Prostatektomie ist sehr leicht, nach der perinealen muſs der Kanal sich erst wieder neu bilden.

5. Die transvesikale Prostatektomie ist rascher vollendet als die perineale.

6. Die Verletzung des Rektums, die bei der perinealen Methode sehr häufig vorkommt, ist bei der transvesikalen unmöglich.

7. Die perineale Methode hat sehr oft, die transvesikale nur sehr selten Impotenz zur Folge. Epididymitiden kommen nach der transvesikalen Operation nur ausnahmsweise, nach der perinealen sehr häufig vor.

8. Die perineale Prostatektomie hat vor der transvesikalen den Vorzug, daſs sie eine ausreichende Drainage der Blase gestattet; sie ist daher in Fällen, in denen eine Desinfektion der Blase nicht möglich ist, vorzuziehen.

9. Die Freyersche Operation führt rascher zu einer Besserung der Blasenfunktion.

Je besser die Chirurgen die operative Technik beherrschen, desto besser werden die Ergebnisse der transvesikalen Prostatektomie. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

Nr. 19. März 1907.

1. Maligner Tumor am Blasenscheitel. Spontane Ruptur an dieser Stelle, von Pélicand-Lyon. Bei einem 78jährigen Mann, der die Erscheinungen einer Prostatahypertrophie mit schwerer septischer Harninfektion aufwies, muſste wegen einer alten blennorrhoischen Striktur eine Urethrotomia interna gemacht werden; fünf Wochen nach der Operation ging der Patient unter peritonitischen Symptomen zugrunde. Bei der Sektion fand sich eine diffuse Peritonitis, Prostatahypertrophie und am Blasenscheitel ein orangengroſser Tumor, der den intravesikalen Teil des linken Ureters stark komprimierte; die Blase war am Scheitel perforiert. Der Tumor erwies sich als typisches Epitheliom. — An der Blase ist der Scheitel in jeder Beziehung die indifferenteste Partie; dadurch wird es erklärlich, daſs die Geschwuls keine klinischen Erscheinungen machte. Tumoren am Blasenscheitel sind übrigens

ziemlich selten, noch seltener intraperitoneale, durch Tumoren verursachte Blasenrupturen.

2. **Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie,** von DUHOT-Brüssel. Bei einem 30jährigen Manne, bei dem ein Nebenhoden nach einer blennorrhoischen Entzündung vergrößert und druckempfindlich geblieben war, rezidivierte die Epididymitis im Verlaufe von 18 Monaten dreimal; dabei stellte sich immer wenige Tage nach dem Beginn der Entzündung gonokokkenhaltiger Ausfluſs aus der Harnröhre ein. Nach dem Abklingen des dritten Rezidivs wurde die Epididymotomie vorgenommen. Es fand sich eine erbsengroſse Höhle gefüllt mit gonokokkenhaltigem Eiter; die Höhle wurde austamponiert, und nach acht Tagen war alles verheilt. Seitdem ist der Mann gesund. — D. hält die kleine Operation für angezeigt in akuten Fällen mit stürmischen Erscheinungen, hohem Fieber und heftigen Schmerzen und in chronischen, rezidivierenden Fällen.

3. **Behandlung der Retentio testis,** von PAUL COUDRAY. C. empfiehlt bei Knaben, die noch nicht 11 Jahre alt sind und keine oder höchstens eine ganz unbedeutende Hernie haben, die Retentio testis auf unblutige Weise durch Massage, methodische Ausübung von Druck und Zug und Tragenlassen eines Bruchbandes zu behandeln; es gelingt auf diese Weise zumeist, selbst bei Retentio abdominalis, den Hoden in das Skrotum hinabzubringen. Bei älteren Knaben und in allen Fällen, in denen neben der Retention eine Hernie vorhanden ist, erscheint die Operation angezeigt. Hoden, die retiniert waren, aber frühzeitig an ihren normalen Platz kamen, sind in ihrer Funktionsfähigkeit gewöhnlich nicht beeinträchtigt.

4. **Über den Wert der Dilatation bei den chronischen Urethritiden und über die beste Art ihrer Ausführung mittels des KOLLMANNschen Spüldilatators,** von DONNADIEU. Die kurze Arbeit, die eine warme Empfehlung des KOLLMANNschen Spüldilatators enthält, bringt nichts Neues. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 11, Nr. 5.

I. **Protozoenparasiten der Syphilis,** von MAX SCHÜLLER-Berlin. Der Verfasser berichtet von seinen schon früher beschriebenen Untersuchungen, durch welche er in Schnitten und Kulturen eigenartige zu den Protozoen gehörige Parasiten bei Primärsklerosen feststellte, und betont diesen Befund gegenüber der Spirochäte Schaudinn. SCHÜLLERS Protozoen lieſsen sich in den untersuchten Fällen in reicher Anzahl und in Entwicklungsphasen nachweisen, welche je dem Alter der Sklerose und dem Stadium der Syphilis entsprachen, wobei die Anhäufung der Parasiten in gangartigen Räumen und Buchten bemerkenswert war. Den Einfluſs ihrer Entwicklung auf den Syphilisverlauf und ihre Beziehung zur Spirochäte Schaudinn aufzuklären, ist eingehender parasito-pathologischer Untersuchung vorbehalten.

II. **Syphilis hereditaria tarda,** von ARTHUR J. HALL-Washington. Bericht von acht Fällen, deren Behandlung die bei Spätlues übliche war.

III. **Postoperative Röntgenbestrahlung und ihre Behandlungstechnik, Photographierungen, Geschichte und Bericht von einem Fall,** von HOMER C. BENNETT-Lima. Eine 43jährige Patientin mit ausgedehntem Hautcarcinom der rechten Stirn und Wange wurde nach operativer Entfernung der Geschwulstmassen mit Röntgenstrahlen und blauen Lichtbädern behandelt. Abbildungen vervollständigen den Bericht von der erfolgreichen Therapie.

IV. **Pathologie der Syphilis,** von CARL SCHULIN-Billings.

V. **X-Strahlen und hochfrequente Ströme in der Behandlung von Ekzem und Psoriasis,** von NOBLE M. EBERHART-Chicago. Bericht von erfolgreicher Behandlung durch die Kombination von Röntgenstrahlen und hochfrequenten Strömen.

VI. **Die Regelung des Abstandes der Röntgenröhre bei der Behandlung oberflächlicher und tiefer Geschwülste,** von ENNION G. WILLIAMS-Richmond.

VII. **Lokale Anwendung von Solutio magnesii sulfurici in der Behandlung blennorrhoischer Epididymitis,** von ALEXANDER A. UHLE-Philadelphia. Bericht von 13 Krankheitsgeschichten, bei welchen Umschläge mit gesättigter Lösung von Magnesium sulfuricum bedeutende schmerzlindernde und resorbierende Einwirkung auf die blennorrhoische Epididymitis in wenigen Stunden ausübten.

VIII. **Hufeisennieren,** von BYRON ROBINSON-Chicago.

IX. **Syphilis und der Staat,** von BENJAMIN F. BAILEY-Lincoln. Ruf nach staatlicher Hilfe gegen Syphilis und Blennorrhoe.

X. **Blennorrhoische Urethritis beim Weibe,** von GUSTAV KOLISCHER-Chicago.

XI. **Schema systematischer Untersuchung bei Geschlechts- und Harnkranken,** von JAMES W. MILLER-Cincinnati. Äufsere Untersuchung. Makroskopische und mikroskopische Urinuntersuchung. Digitale Exploration der Prostata und Samenbläschen. Instrumentelle Untersuchung mit Bougie, Sonde und Katheter. Cystoskopie.

XI. **Behandlung der Varicocele mit Injektion von Essigsäure,** von SAMUEL E. MC. CULLY-Dallas. Seit 20 Jahren injiziert MC. CULLY Essigsäure, mit Wasser zu gleichen Teilen verdünnt, direkt in die Verse und sah in 86 % der so behandelten Fälle dauernde Heilung. Etwa durch die Säure entstehende Abscesse im Nachbargewebe sollen ohne Bedeutung sein.

XII. **Percutane Jodbehandlung,** von LIPSCHÜTZ-Wien. Unter Bezugnahme auf seine früheren Veröffentlichungen empfiehlt L. das Jothion zu subcutaner Applikation, ohne Neues zu bringen.

Heft 6.

I. **Kahlheit, ihre Ursache und Behandlung,** von DELOS L. PARKER-Detroit. Als Ursache der Alopecia vulgaris hat PARKER einen kristallinischen Körper im Blut entdeckt, den er Trichotoxin benennt und welcher die Haarpapille atrophisch macht. Nach des Verfassers Untersuchungen gedeiht dieses Trichotoxin besonders in der Exspirationsluft, d. h. in der ausgeatmeten oder in der Lunge als Residuum zurückgebliebenen Luft; dies führt ihn zu dem Schlusse, dafs schlechte Atmungstechnik die Kahlheit befördert, dafs das weibliche Geschlecht deshalb so selten von Kahlheit ergriffen wird, weil es bessere Brustatmung betreibt als das männliche, und dafs daher Atmungsgymnastik das beste Mittel gegen Haarausfall ist. Von lokalen Arzneimitteln gibt er dem Terpentin den Vorzug vor den anderen.

II. **Radikale Behandlung des Ulcus varicosum,** von ERIC O. GIERE-Madison. Empfehlung der Unterbindung der Vena saphena.

III. **Seebäder in der Dermatologie,** von ROBERT ABRAHAMS-New York. Der Verfasser hält Seebäder für zweckmäfsig bei Pityriasis versicolor et rosea, chronischem Ekzem, Pruritus senilis, seborrhoischem Ekzem, Psoriasis und Urticaria chronica.

IV. **138 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion,** von ERNST IVANYI-Budapest.

V. **Syphilitische Larynxstenose,** von THOMAS H. HALSTED-Syracuse.

VI. **Über die Freilegung der Niere vom Abdomen aus,** von HARRY GERMAIN-Boston. Besprechung der Operationsarten nach MCARDLE, VON BERGMANN und ROBINSON.

VII. **Blennorrhoe in Beziehung zu Wochenbetterkrankungen,** von DANIEL LONGAKER-Philadelphia. An vier Krankheitsgeschichten zeigt der Verfasser, dafs auch

eine längst schon überstandene Blennorrhoe im Wochenbett aufflackern und zu Endometritis und Pyosalpinx führen kann.

VIII. **Hydrocele mit Varicocele, geheilt durch Volkmanns Radikalinzision,** von Charles M. Smith-Columbia.

IX. **Ist Syphilis heilbar?** von Isaac N. Danforth - Chicago. Der Verfasser läfst die Beantwortung der Frage offen und vertritt den Standpunkt der chronischen Behandlung mit Hydrargyrum und Jod.

X. **Verstümmelungen infolge Geistesstörungen durch geschlechtliche und onanistische Exzesse,** von Charles Hamilton Hughes-St. Louis.

XI. **Motorische Ataxie in Beziehung zu venerischen Exzessen,** von L. Harrison Mettler-Chicago.

XII. **Impotenz als Ergebnis übermäfsigen Liebesgenusses,** von Hilary M. Christian.

XIII. **Phthise als Ursache sexueller Exzesse,** von Karl von Ruck-Asheville. Der Verfasser führt aus, dafs die Phthise nicht eine Ursache geschlechtlicher Ausschreitungen ist, vielmehr bei ihr, wie bei jeder verzehrenden Krankheit in fortgeschrittenem Stadium, die Geschlechtsfunktionen nachlassen.

XIV. **Abstehende Nasenflügel,** von Charles C. Miller-Chicago. Abbildungen von Operationen, durch welche Inzisionen bezw. Exzisionen vom Nasenloch aus gemacht werden. Durch nachfolgende Nähte werden die Nasenflügel näher gebracht.

XV. **Katarrhalische Urethritis des Weibes,** von J. D. Dunlop-Alpena.

XVI. **Extraktion einer 8½ Zoll langen Nadel aus der Urethra,** von Azarialh W. Parsons-Mexico. *Schourp-Danzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIII. April 1907.

I. **Flagellata bei Hautkrankheiten,** von Prof. Selenew. Die schon im Artikel „Dermatomykosis oder Dermatotripanosomiasis“ vom Verfasser ausgesprochene Ansicht, dafs es sich bei gewissen Hautkrankheiten um eine gemischte Infektion mit Schimmelpilzen und einer Amöbe handeln könne, findet nach Verfasser ihre Bestätigung durch folgenden Fall: Bei dem 9½jährigen Sohn eines Geistlichen fanden sich nach angeblich sieben Monate andauernder Hautkrankheit, vorwiegend auf den Extremitäten, aber auch auf dem Rumpf, ekthymaähnliche Gebilde mit einem entzündlichen Infiltrat in der Umgebung. Die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab das Vorkommen verschiedener Gebilde von amöboidem Typus, die teils mit einem Schwanz ausgezeichnet waren, teils eines solchen entbehrten.

Der Arbeit sind drei Zeichnungen mit Abbildungen dieser Flagellaten beigefügt.

II. **Nervenshok und Xanthoma diabeticorum,** von Schtscherbakow. Besprechung zweier Fälle von Xanthoma diabeticum und allgemeiner Furunkulosis im Anschlufs an schwere Nervenerschütterungen.

III. **Zur Frage der Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Spermatocystitis,** von Tschumakow. Auf Grund von sieben eigenen Beobachtungen hat Verfasser die Überzeugung gewonnen, dafs als wichtigstes Symptom der akuten blennorrhoischen Spermatocystitis die blutigen Pollutionen anzusehen sind, während bei der chronischen Form sich nur bei mikroskopischer Untersuchung in der Samenflüssigkeit Beimengungen roter Blutkörperchen finden. Hinsichtlich der Therapie redet Verfasser einer stationären Behandlung mit allgemein stärkenden Mitteln und lokaler Anwendung von Suppositorien aus JK und Extr. belladonnae das Wort.

Artur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die neueren Untersuchungen über die Ätiologie und experimentelle Pathologie der Syphilis, von C. Levaditi-Paris. (*Fol. haematolog.* 1906. Nr. 9 u. 10.) In diesem am 22. Juni 1906 in Lille gehaltenen Vortrag gibt L. eine übersichtliche Darlegung der Hauptergebnisse der in Paris, Breslau und an anderen Orten ausgeführten experimentellen Impfungen an Affen und zieht das Fazit aus der (damals schon auf ca. 150 Publikationen angewachsenen) Literatur über die Spirochaeta pallida. Betreffs der sehr strittigen Frage, ob es sich hierbei um ein Protozoon oder um ein Bakterium handele, entscheidet sich L. für die letztere Auffassung, namentlich da es ihm gelungen ist, das der Spirochaeta pallida ähnliche Spirillum gallinarum zu züchten, indem er Kulturen in Kollodiumsäckchen anlegte und diese in der Bauchhöhle von Kaninchen auswachsen liefs. Wir hätten nun, nach dem Merkmal der terminalen Fädchen geordnet, folgende Klassifizierung der Spirochäten:

1. Mit einem einzigen Endfädchen versehen:
   - Spirochaeta refringens (Levaditi).
   - Spirochaeta der Febris recurrens (Novy).
2. Spirillen mit einem Endfädchen an jeder Extremität: Treponema pallida (Schaudinn).
3. Spirochäten mit zahlreichen Fädchen am ganzen Stamme verteilt:
   - Spirochaeta gallinarum (Borrel).
   - Die Spirochäte des Tickfiebers (Zettnow).

Betreffs des in praktischer Beziehung therapeutisch verwertbaren Resultates der modernen Syphilisforschung konstatiert L. zum Schlufs, dafs Metschnikoff und Roux durch die Einreibung von Kalomelsalbe (1 : 3) das Primärsyphilid zuverlässig kupierten. — Diesen Beobachtungen stehen andere Ärzte entschieden skeptischer gegenüber. Ref.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der bakteriologische Nachweis der Lues, von Karl Preis-Budapest. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 49.) P. legt auf einige technische Einzelheiten in der Behandlung des Präparates besonderen Wert, auf die vorsichtige Entnahme des Saftes mit Vermeidung von Blutungen — möglichst feiner, schonender Ausstrich —, dann auf die Verwendung neuer geschliffener, sorgfältig gereinigter Objektträger. Die klare Erhaltung einzelner roter Blutkörperchen im Präparat gibt einen Mafsstab für das Gelingen desselben, in der Nähe dieser Blutkörperchen finden sich am ehesten wohlgefärbte Spirochäten. Zur Färbung, die auch peinlich genau geschehen mufs, empfiehlt er einzig das wiederholte Erwärmen mit stets frischer Giemsa-Lösung. Die Zeitdauer der Fixation und Färbung beträgt ein bis zwei Minuten, die letztere erreicht hierbei das Maximum ihrer Intensität, so dafs die Spirochaeta pallida auch von dem Ungeübten selbst ohne Immersion mit stärkeren Trockenobjekten leicht aufgefunden werden kann. Diese Untersuchung kann, was in praxi am wichtigsten ist, auch während der Sprechstunden ausgeführt werden und dürfte besonders bei fraglichen Sklerosen von grofser Bedeutung für den praktischen Arzt sein. Es sei noch bemerkt, dafs die Dauerpräparate nicht in Kanadabalsam, sondern in Zedernöl gelegt werden müssen.

Stern-München.

Klinik und Prophylaxe der Syphilis, von Kreibich. (*Prag. med. Wochenschrift.* 22. Nov. 1906.) In diesem dem Inhalt nach ganz allgemein gefaſsten Vortrage hebt K. in erster Linie hervor, wie notwendig für den Mediziner auch der Unterricht in Hautkrankheiten und Syphilis sei, und weiſs der österreichischen Unterrichtsverwaltung Dank dafür, daſs sie in der neuen Studien- und Rigorosenordnung diesem Umstand Rechnung getragen und damit selbst ein Mittel der Prophylaxe geschaffen hat. In zweiter Linie kommt die Belehrung des Publikums, wobei die Empfehlung gewisser prophylaktischer Mittel — die 20—25%ige Kalomelsalbe Metschnikoffs, wenn sie sich bewähren sollte, wäre das rationellste — nicht zu umgehen ist. Als dritte Leistung hebt schlieſslich Kreibich die Pflichten der Klinik als Heilanstalt hervor und erwähnt hierbei, wie durch die rastlose, fast 40jährige Tätigkeit seines Vorgängers, Prof. Pick, die dermatologische Klinik Prags eine so reiche Ausstattung erfahren hat und zu so hoher Blüte gelangt ist. *Stern-München.*

Die neuesten Strömungen in der Syphilidologie (Spirochaeta pallida-Versuche an Affen), von Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 10—12.) Eine literarisch-kritische Betrachtung. *Artur Jordan-Moskau.*

Über eine Fieberreaktion im Anschluſs an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis, von Hans Lindenheim-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1907. Nr. 11.) Unter 106 Fällen von sekundärer Lues trat im Anschluſs an die erste Quecksilberapplikation zwölfmal eine Temperatursteigerung ein, die auf nichts anderes als auf das Quecksilber zu beziehen war und bald einer normalen Temperatur wich, während die Kur fortgesetzt wurde. Von den zwölf positiven Fällen sind fünf Rezidive der Lues. In drei Rezidivfällen hatte vorher keine Quecksilberbehandlung stattgefunden, die beiden übrigen Rezidivfälle waren früher mit Inunktionen von grauer Salbe und Sublimatspritzen behandelt worden. Die Gesamtzahl der beobachteten Rezidive betrug zwölf. Das Zahlenverhältnis der positiven Fälle zur Gesamtzahl bei den Rezidiven und bei den frischen Fällen gestaltet sich wie folgt:

Rezidive 5 : 12,
frische Fälle 7 : 94.

Es könnte demnach erscheinen, als ob die Temperatursteigerung nach der ersten Hg-Applikation bei Rezidiven häufiger ist als bei frischen Fällen, doch ist die Anzahl zu gering, um beweisend zu sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wichtigkeit der Untersuchung des Mundes bei zweifelhafter Syphilis, von M. Pautrier - St. Louis. (*Presse méd.* 1907. Nr. 4.) Verfasser weist auf die Wichtigkeit der Untersuchung der Mundschleimhaut bei zweifelhafter Diagnose von Lues hin, besonders von tertiärer Lues. Er empfiehlt, die verdächtigen Schleimhautpartien mittels einer Kompresse vom anhaftenden Speichel zu befreien, da auf diese Weise die charakteristischen Merkmale besser in Erscheinung treten.

Carl Schramm-Dortmund.

Duhot, der seit längerer Zeit für die Einführung der intramuskulären Injektionen von grauem Öl zur Syphilisbehandlung in Belgien eifrig agitiert, stellte neuerdings in der medico-chirurgischen Gesellschaft in Brabant (*Policlinique centrale.* 1906. Nr. 10) folgende Fälle vor:

1. **Primäraffekt der Harnröhre bei Hypospadie.** Zwei harte Schanker der unteren Harnröhrenwand, die durch eine gesund gebliebene Schleimhautpartie von einander getrennt sind. Die Diagnose wurde durch Spirochätennachweis bestätigt. Die Behandlung bestand in vier Injektionen von 40%igem grauen Öl (0,14 Quecksilber pro Einspritzung), unter denen sich die Primäraffekte wesentlich verkleinerten.

2. **Gummata der Zunge.** Eine Frau, die sich vor sechs Jahren mit Syphilis angesteckt und dieselbe ziemlich fleiſsig mit Quecksilberpillen und mit dem Syrup

von GIBERT behandelt hat, akquiriert zwei Gummata an der Zunge. Die eingeleitete Behandlung mit Injektionen von Hydrargyrum bijodatum bleibt ohne Einfluſs auf die Affektion, dagegen schwindet sie fast vollkommen nach fünf Einspritzungen von grauem Öl.

3. **Hereditäre Syphilis.** Ein zehnjähriges Kind mit gummöser Perforation des weichen Gaumens, Gumma des Alveolarbogens am Oberkiefer und Keratitis parenchymatosa am rechten Auge konnte wegen allgemeiner Schwäche der Injektionsbehandlung mit grauem Öl nicht unterworfen werden; es wurde eine Inunktionskur eingeleitet, die auch ziemlich guten Erfolg hatte.

4. **Generalisiertes hämorrhagisches rupiaähnliches Syphilid.** Maligne Syphilis bei einer Patientin, die vor etwa sechs Monaten angesteckt wurde. Die syphilitischen Effloreszenzen, die über die ganze Hautdecke verbreitet sind, sind rupiaähnlich mit Borken bedeckt. Unter den Borken sieht man Substanzverluste, die ein rasch eintrocknendes Sekret liefern. An manchen Stellen nehmen die Borken eine schwarze Verfärbung an, und zwar infolge von Hämorrhagien in den Substanzverlusten. Die Behandlung mit Quecksilberpillen war resultatlos. Die Injektionskur mit grauem Öl erscheint in Anbetracht der Malignität des Falles und des schlechten Zustandes der Mundhöhle kontraindiziert. Es wird eine Einreibungskur durchgeführt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Athetose, von AUGUST BIRCKENSTAEDT. (Inaug.-Diss., Leipzig 1906.) Die Arbeit sei an dieser Stelle erwähnt, weil die Sektion im ausführlich mitgeteilten Falle erwiesen hat, daſs die ätiologische Grundlage des Leidens in einer überstandenen Lues zu suchen war. *Fritz Loeb-München.*

Ein neues Gefäſssymptom bei Lues, von S. EHRMANN - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 16.) Bei einem 52jährigen Luetiker bestand Endarteriitis aortae. Auf der Haut findet man überall typische, zu einzelnstehenden, kreisbogenförmigen Linien angeordnete, bis linsengroſse, schuppende, braunrote Tubercula cutanea luetica, an vielen Stellen findet man auch baumförmige, seltener netzförmige Figuren, die Ähnlichkeit in der Zeichnung mit den Blitzfiguren haben und in der Farbe an die Leichenhypostasen erinnern. Es handelt sich um Hyperämien, die Haut fühlt sich kühl an, es handelt sich also um Stauungshyperämie. EHRMANN hatte ähnliche Erscheinungen schon früher an mehreren Fällen beobachtet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Eindringen des Treponema pallidum ins Ovulum, von LEVADITI und SAUVAGE. (*Comptes rend. de l'Acad. de Scienc.* 15. Oktober 1906.) Bei einem am 30. Lebenstage verstorbenen hereditär-syphilitischen Kinde fanden Verfasser nach längerem Suchen an einigen Schnitten im Ovarium deutlich ausgeprägte Spirillen sowohl im Stroma als auch innerhalb der GRAAFschen Follikel selbst. Nach diesen sehr bestimmten Angaben erscheint es unbestreitbar, daſs die hereditäre Übertragung direkt im Ovulum unabhängig von einer späteren Infektion von der Placenta aus sich vollziehen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spirilleninfektion beim Hühnerembryo und deren Beziehung zur hereditären Treponemose beim Menschen, von C. LEVADITI-Paris. (*Ann. de l'Inst. Pasteur.* Vol. XX. Nov. 1906.) Verfasser hat eine Reihe von Beobachtungen angestellt mit den von BORREL (1905) in Brasilien als Ursache der Hühnerseptikämie beschriebenen Spirillen. Er bestätigt deren Eindringen ins Blut und namentlich in die Leber des Embryos, wenn man mit der nötigen Vorsicht durch ein feines Loch in der Schale, das vorzugsweise an dem dem „Hahnentritt“ entgegengesetzten Ende anzubringen ist, einige Tropfen spirillenhaltigen Blutes dem Eiweiſs zufügt. Bemerkenswert ist es, daſs an nicht befruchteten Eiern eine Entwicklung der Spirillen nicht beobachtet

wird. Die Untersuchung einiger von einem Huhn, das die Spirillose überstanden hatte, stammenden Eier, ergab, dafs bei diesen die eingebrachten Spirillen im Eiweifs zugrunde gingen, mit anderen Worten, dafs die Embryonen durch die überstandene Krankheit des Mutterhuhns immun geworden wären. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Phagocytose und die Degenerationsformen der Spirochaeta pallida im Primäraffekt und Lymphstrang, von S. Ehrmann-Wien. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1906. Nr. 27.) E. beschreibt ausführlich, wo er in den Primäraffekten und deren Umgebung Spirochäten fand. Dann schildert er seine Befunde über die Beziehungen der Spirochäten zu den Blutkapillaren. Die Spirochäten, welche die Kapillaren umlagern, wirken chemotaktisch auf die in der Kapillare befindlichen weifsen Blutkörperchen und bringen sie zur Auswanderung. Sie wirken aber auch chemotaktisch auf die Kapillarwand und bringen ihre Zellen zur Aussendung von Sprossen in die noch nicht infiltrierten Gewebspartien. Das wenig infiltrierte Gewebe in der Umgebung der Sklerosemassen enthält in ganz unverändertem fibrillären Bindegewebe oft solche Massen von Spirochäten, dafs sie den Bindegewebsfasern an Zahl gleich kommen. In sehr dünnen Schnitten kann man sehen, dafs sich Spirochätenbüschel oft an eine Zelle so anschliefsen, dafs sie mit einem Teile ihres Zellleibes in der Zelle selbst sitzen und bis fast an den Kern heranstreichen. Dabei sieht man, dafs der intracelluläre Teil nicht mehr so distinkt ist wie der extracelluläre. In dem weniger infiltrierten Teil sind es zweifellos die geschwollenen mehrkernigen Bindegewebszellen, welche alle Zeichen der amitotischen Zellteilung aufweisen, Bindegewebszellen, die seit Jahrzehnten bekannt sind. In den Infiltrationskolonnen sieht man diese Erscheinungen auch an Leukocyten. Man hat es mit einer Aufnahme von Spirochätenbüscheln in die Zellsubstanz, von Bindegewebszellen und Leukocyten zu tun, die zu Degeneration der ersteren innerhalb des Zellleibes führen. Die intracellulären büschelförmigen Bildungen findet man auch innerhalb der Lymphgefäfse sowohl in Bindegewebszellen als auch Leukocyten. In gröfseren Arterien mit gut ausgebildeter Muscularis sah Verfasser nie Spirochäten, dagegen vereinzelt in gröfseren Venenstämmchen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Morphologie der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum Schaudinn), von M. Forest-Strafsburg. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 42. Heft 7.) Nach F.s Untersuchungen scheint ein kernartiges Gebilde bei der Spirochaeta pallida nicht nur vorhanden, sondern färberisch darstellbar zu sein, und damit wird die Protozoennatur derselben auf eine sicherere Basis gestellt als bisher. Mit einer Intensivfärbung können aber noch andere morphologische Details, die Geifseln usw. dargestellt werden, und sie kann auch in der Praxis zu leichterem Aufsuchen der Spirochaeta pallida verwertet werden. Die dazu gehörige Fixierung in Osmium- oder Formalindämpfen, erklärt schliefslich F., wird durch die neue Fixationsröhre von Hamm bequem und handlich werden. Mit sieben Abbildungen nach Photogrammen. (Vergröfserung ca. 1000.) *Stern-München.*

Einige Voruntersuchungen über künstliche Kultivierung der Spirochaeta pallida (Schaudinn), von Prof. Guido Volpino und Arturo Fontana-Turin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 42. Heft 7.) Diese vorläufigen Versuche zu der so sehr gewünschten Reinkultur der Spirochaeta pallida bestanden darin, dafs kleine Stückchen von Primäraffekten und feuchten Papeln vom lebenden Individuum ausgeschnitten, in Flüssigkeiten verschiedener Zusammensetzung gebracht wurden und dann in den Brutofen bei 37° C. für verschieden lange Zeit, 8—40 Tage lang, sei es in ärobem oder anärobem Zustande kamen. Hierauf wurden die Stückchen zerschnitten und in verschiedene Nährflüssigkeiten: steril gesammeltes menschliches Blut, Blutserum, Ascitesflüssigkeit, Kalbsgelatine gebracht. Eine kulturelle Entwicklung von Spirochäten

wurde nicht beobachtet, jedoch als beachtenswerte Tatsache die grofse Widerstandskraft derselben und eine beträchtliche Zunahme in der Zahl, also Vermehrung aufserhalb des lebenden Organismus. Diese künstliche Anreicherung glauben Verfasser auch als gutes Hilfsmittel der unmittelbaren Untersuchung für diejenigen Fälle empfehlen zu können, wo dieselbe ein negatives Ergebnis geliefert hat. Um positive Resultate der Reinkultur zu erzielen, machten sie noch Versuche mit anderem Nährmaterial, hatten aber noch keinen rein positiven Erfolg zu verzeichnen und vertrösten sich daher, noch weiterhin nach einem reineren Nährmedium zu suchen.

Stern-München.

Versuche, Spirochäten durch die Bisse der Bettwanze zu übertragen, von Anton Breinl-Prag, Allan Kinghorn und John L. Todd-Liverpool. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 42. Heft 6.) Sobald es festgestellt war, dafs das afrikanische Teckfieber durch eine Spirochäte verursacht sei, dachte man auch an die Möglichkeit, dafs die europäische Febris recurrens einen ähnlichen Parasiten zur Ursache haben und vielleicht durch Wanzenstiche übertragen werden könnte. Verfasser machten nun die ersten diesbezüglichen Versuche — Tiere durch Stiche von Wanzen, die zuvor auf infizierten Tieren zu Gaste waren, experimentell zu infizieren. Sie benutzten zu ihren Versuchen zwei Arten von Spirochäten: die vom Kongo stammende Spirochaeta duttoni und die Spirochaeta Obermeieri (von New York bezogen). Nachdem blofs in einem der aufserordentlich zahlreichen Versuche ein positives Resultat erzielt wurde, erklären es Verfasser als höchst unwahrscheinlich, dafs vermittels Wanzen die genannten Parasiten übertragbar sind; es könnten dieselben daher keine wichtige Rolle bei der Ursache der Recurrensepidemien spielen. *Stern-München.*

Beobachtungen über die Struktur der Spirochaeta pallida, von Herbert Fox. (*Univers. of Penna. Med. Bull.* XIX. Nr. 10.) Beschreibung der im Texte abgebildeten Spirochaeta pallida in ihren typischen und atypischen Formen und der Spirochaeta refringens. *Schourp-Danzig.*

Über eine geradlinige Form von Spirochäten; ihre Bedeutung und wahrscheinliche Rolle bei Tertiärerscheinungen, von Fouquet. (Soc. de biol., Paris, Sitzung v. 9. Jan. 1907.) Der Verfasser hat in dem Gewebe und in den Blutgefäfsen einer Nebenniere grofse Mengen geradliniger Spirochäten beobachtet und auch in anderen Fällen von tertiärer Lues diese Form gesehen. Er ist daher der Ansicht, dafs es sich um eine Spätform der Spirochäte handle, während die spiralige eine Jugendform darstelle. Möglicherweise handelt es sich auch um eine Kadaverform. Zwischen diesen beiden Formen kann man auch verschiedene Zwischenformen beobachten.

Mit Bezug auf die Bildung von Gummen spricht F. die Ansicht aus, dafs es sich hierbei möglicherweise um Gefäfsverstopfungen durch geradlinige Spirochäten handle.

E. Toff-Braila.

Beobachtungen über die Bewegung und das Zusammenkleben der Spirochaeta pallida, von Sabolotny und Masslakowitz. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 11.) Den beiden Verfassern gelang es, nach Anwendung der Bierschen Stauung, an der Stelle des zu untersuchenden harten Schankers resp. der Papel in dem hierbei gewonnenen Sekret eine viel gröfsere Anzahl von Spirochäten als sonst zu beobachten und dieselben in lebendem Zustande zu untersuchen. Anfangs machen die Spirochäten sehr lebhafte, charakteristische Bewegungen um ihre eigene Achse und in Schlangenwindungen. Bei Personen, die schon längere Zeit an Syphilis leiden, beobachtet man im vorhandenen Serum als sehr charakteristische Erscheinung ein Zusammenkleben der Spirochäten. Mit ihren Enden kleben die Spirochäten zusammen und bilden nach Art der Trepanosomen sternartige und strahlenartige Figuren. Im weiteren Verlauf

ballen sich die Spirochäten zu Klumpen zusammen, welche zuletzt in körnige Massen zerfallen und den Nachweis von Spirochäten nicht mehr ermöglichen. Der seltene Befund von Spirochäten bei der tertiären Form erklärt sich vielleicht durch die Degeneration derselben. *Artur Jordan-Moskau.*

Zur Technik der Silberfärbung der Spirochäte Schaudinn, von Barannikow. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 12.) Bei Untersuchung von syphilitischen Föten und anderem Material auf Spirochäten nach der Levaditischen Methode erwiefs es sich, dafs bei langsamer Färbung und einer Temperatur von 42° C. im Thermostat die besten Färbungsresultate erzielt wurden. Auf Grund derselben spricht sich Verfasser in folgender Weise über die Schaudinnsche Spirochäte aus: Dieselbe stellt ein Gebilde dar, welches mit Produkten des Muskel- und Nervengewebes nichts zu tun hat, dem Organismus gesunder Kinder und junger Tiere total fremd ist und nur bei Syphilis vorkommt. Eine 3½jährige Aufbewahrung von syphilitischem Material in Celloidin stört nicht die Herstellung guter Präparate. Ebenso liefsen sich bei macerierten Früchten, welche schon fünf Tage lang an einem kalten Ort aufbewahrt worden waren, die Spirochäten gut nachweisen. Endlich konnte Verfasser noch an einzelnen matschen Organen syphilitischer Föten, bei denen es ihm, trotz Fixation und spezieller Färbung, nicht mehr glückte, Nervenfasern nachzuweisen, dennoch Spirochäten finden.
Artur Jordan-Moskau.

Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von G. Volpino-Turin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 4.) V. nimmt für sich die Priorität in Anspruch betreffs der Färbung der Spirochäten mit Argentum nitricum. Er habe über diese Methode am 14. Juli 1905 in der Turiner Königl. medizinischen Akademie berichtet und auch sonst Beobachtungen darüber veröffentlicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Differentialdiagnose der Spirochäten in Schnittpräparaten, von Dreyer-Köln. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 51.) Nach Zusammenstellung der Ansichten verschiedener Autoren über die Differentialdiagnose der Spirochäten in Schnittpräparaten beschreibt Verfasser einen Fall von Mischinfektion aus eigener Praxis, in dem die Luesdiagnose nur durch den Nachweis von Spirochaeta pallida in den Schnitt. präparaten aus einer exstirpierten Erosion ermöglicht wurde. Die Diagnose wurde durch den weiteren Krankheitsverlauf vollkommen bestätigt.
Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Spirochaeta pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozefs, von A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) B. wendet sich gegen die Arbeiten von Walter Schulze, Saling und Friedenthal und demonstriert eine Anzahl von Präparaten, welche den parasitären Charakter der Spirochäten und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozefs dartun.
Bernhard Schulze-Kiel.

Spirochaeta pallida bei erworbener Syphilis, von Alexander A. Uhle und William H. MacKinney-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* 16. Febr. 1907.) Bei 24 Patienten, welche teils Ulcus durum, teils maculo-papulöse Exantheme und Gumma aufwiesen, wurde in 14 Fällen die Spirochaeta pallida gefunden. In den zehn Fällen mit negativem Befunde waren sieben vorher einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen worden. In Fällen, in welchen vor der Quecksilberbehandlung Spirochäten nachgewiesen waren, konnten diese einige Zeit nach der begonnenen Kur nicht mehr gefunden werden. *Schourp-Danzig.*

Weitere Beobachtungen über Spirochaeta pallida, von A. Buschke und W. Fischer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Bei einem dritten Fall von Lues hereditaria hatten Verfasser positiven Spirochätenbefund.
Bernhard Schulze-Kiel.

Untersuchungen über die Spirochaeta pallida in den Krankheitsprodukten der erworbenen Syphilis, von Arpad Stenczel - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.) Verfasser untersuchte bisher 61 Fälle auf Spirochäten nach der Silbermethode. Er fand die Spirochäten z. B. stets in breiten Kondylomen und auch sonst vielfach. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Berichtigungen zu der Publikation Siegels „Zur Kritik der bisherigen Cytorrhyctesarbeiten“, von Marinestabsarzt P. Mühlens und Privatdozent der Zoologie Max Hartmann. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 43. Heft 2.) Verfasser halten an der Ansicht fest, dafs für die Siegelschen „Cytorrhycten“ der Beweis der Protozoennatur nicht erbracht sei und dafs von diesen „Cytorrhycten“ nicht zu unterscheidende Gebilde auch im normalen Blut vorkommen; es handelt sich hierbei um Zerfallsprodukte von Körperzellen, namentlich von roten Blutkörperchen, wie die Auffassung der beiden Verfasser schon in ihrer früheren Arbeit lautete. *Stern-München.*

E. Hoffmanns „Die Ätiologie der Syphilis“ in kritischer Beleuchtung, von Th. Saling - Berlin. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 9. u. 10.) Saling gibt nochmals einen Überblick über seine in früheren Arbeiten niedergelegten Ansichten über die Spirochaeta pallida und versucht die Unzulänglichkeit der Einwände und Gegenbehauptungen E. Hoffmanns darzutun. Für Saling ist ein Beweis der Identität der sogenannten Silberspirochäte mit der nach Giemsa tingierten Pallida bisher nicht erbracht worden, ebensowenig wie ein Beweis der Parasitennatur und ihres konstanten Vorkommens in luetischen Affektionen. Nach wie vor sieht er in der Silberspirochäte mittels der Silbermethode spiralig deformierte Nervenfibrillen oder andere Gewebsfibrillen. Nach seinen Untersuchungen bildet ein gewisser nekrotischer Prozefs einen sehr wesentlichen Faktor bei der Enstehung der Silberspirochäte. So oft nekrotische Erscheinungen in Primäraffekten, bei Keratitis oder an luetischen Neugeborenen beobachtet wurden, liefsen sich jedesmal auch die sogenannten Silberspirochäten nachweisen, und zwar besonders zahlreich dann, wenn — wie bei vor der Geburt abgestorbenen Föten — noch dazu eine Maceration stattgefunden hatte.
Schourp-Danzig.

Kritische Betrachtungen über die sogenannte Syphilisspirochäte. 1. **Die Silberspirochäte,** von Theodor Saling-Berlin. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 43. Heft 1—4.) In aufserordentlich eingehender Besprechung zahlreicher, bis jetzt über die „Spirochäte“ erschienener Arbeiten und auf Grund eigener Untersuchungen kommt S. wiederholt (wie schon in einer früheren Arbeit) zu dem Schlusse, dafs es sich bei den im Gewebe mit Silber dargestellten „Pallidae“ um keinerlei Parasiten, sondern um feinste Nervenendfibrillen handelt. Nachdem ihm die verschiedensten Original-Spirochätenpräparate vorgelegen haben, ist er in dieser seiner Überzeugung noch mehr gefestigt worden. S. will damit zwar nicht sagen, dafs in jedem beliebigen, nicht luetischen Gewebe die Nervenendfibrillen so zur Darstellung gebracht werden können, dafs sie wirklichen Spirochäten ähneln, sondern es mufs vorher eine Entzündung hervorgerufen und eine Maceration eingeleitet werden, so dafs eine hinreichende Gewebslockerung eintritt. Zuweilen können auch andere Gewebsfasern, z. B. elastische Fäserchen, durch die spiralige Deformierung und Zerstückelung resp. diskontinuierliche Färbung wirkliche Spirochäten vortäuschen. Die interessanten Einzelheiten der mit zwölf Figuren versehenen Beweisführung Salings können hier nicht weiter verfolgt werden.

Im weiteren Verfolg seiner gegen die „Pallida“ gerichteten Beweisführung hebt S. hervor, dafs gerade bei der schwersten Form, der Syphilis maligna, die Pallida gänzlich fehle, dafs ferner in einigen Fällen (Doutrelepont - Grouven) der Nachweis von grofsen Silberspirochätenmassen geglückt ist, ohne dafs Lues vorlag; es könnte

also die Silberspirochäte auf keinen Fall der Lueserreger sein, dieselbe stehe in keiner ätiologischen Beziehung zur Syphilis! Der Beweis von der Parasitennatur dieser sogenannten Spirochäte kann nur an Versuchstieren, z. B. Affen, geführt werden: ließe sich in den konservierten inneren Organen eines luetischen Affen neben dem zur Darstellung gekommenen Nervenapparat mit seinen Feinheiten und Ausläufern noch die ungeheure Menge von „Silberpallidae“ konstatieren und ferner zugleich ihre Anwesenheit in gleicher Menge auf Ausstrichen derselben Organe, dann, erklärt S., wäre über die Behauptung, daſs diese Spirochäten Mikroorganismen seien, schon eher zu diskutieren, es wäre aber noch eine andere Frage, ob sie wirklich die Lueserreger und nicht etwa einer Sekundärinfektion entstammende Saprophyten seien. Wirklich echte (mittels Farbstoffen darstellbare) Spirochäten resp. Spirillen sind bisher weder in inneren Organen noch im Blute, sondern nur in den Hautaffektionen und auf der Mundschleimhaut gesehen worden, wo völlig gleichgestaltete Saprophyten zu finden sind. All die vielen Arbeiten, welche den Nachweis von sogenannten Silberspirochäten im luetischen Gewebe erbracht haben, kommen daher nach S.s Ansicht bei der Frage nach der Ätiologie der Syphilis überhaupt nicht in Betracht. Schlieſslich erklärt er, die Luesforschung sei wieder auf dem am Ende des Jahres 1905 erreichten Stand oder Stillstand angelangt, und will an der Hand eingehender Nachprüfungen in nächster Zeit ausführlich darlegen, daſs auch die „Giemsa-Pallida“ nicht der Lueserreger sein kann. *Stern-München.*

Eine Entgegnung auf die Pallidakritik von Herrn Saling, von Max Wolff-Bromberg. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 43. Heft 2 u. 3.) W. tritt den Angaben Salings in scharfer Weise entgegen, erklärt, was S. auf seinen Tafeln abbildet, seien keine Nervenendfibrillen, und daſs es überhaupt solche nicht gibt; wäre dies der Fall, so hätte S. so nebenbei das Problem der Neurologie gelöst. S.s Mikrophotogramme seien angesichts der Aufgabe, die er sich gestellt, gerade herausgesagt, absolut unzureichend. Alles, was jemals krumm und schwarz gezeichnet ist, sei eben Nervenfibrille und zeige, was man von dort gemachten Spirochätenbefunden zu halten hat. „Die Neurologen werden staunen, wie merkwürdig in der Roseolahaut die Nervenendigung sich verhält, wie ganz anders als in der normalen; als ob die ganze Syphilis eine nervöse Krankheit wäre!“ In so ähnlicher Weise fertigt W. die Salingsche Kritik, die allerdings in Anbetracht der allseits anerkannten Entdeckung Schaudinns und Hoffmanns eigentümlich anmutet, mit wohlerwogenen Beweismitteln ab.

In einer Reihe von Thesen versucht W. in kritisch-objektiver Weise den nun bekannten „Pallidagegner“ zu widerlegen und erklärt vor allem, Saling sei vorläufig noch den Beweis für seine Behauptung, daſs „Schaudinn den Nachweis der Pallida auch im lebenden Präparate nicht einwandfrei erbracht habe“, schuldig geblieben. Aus keiner einzigen Originalfigur von Saling gehe hervor, daſs er eine wirkliche Nervenimprägnation vor sich gehabt habe; allein seine Kopien enthielten zweifellose Nerven. Beweisen würde erst die Widerlegung der Originalbefunde Schaudinns und auch da erst die Widerlegung der Angaben, die er auf Grund seiner Beobachtungen am Lebenden gemacht hat. Auf weitere Einzelheiten dieser Kontroversen, die allmählich durch ihre Länge auf den Unbeteiligten ermüdend wirken, kann hier nicht eingegangen werden. Der Schluſssatz W.s geht in kurzem dahin, daſs die ganze Theorie Salings haltlos sei. *Stern-München.*

Erwiderung auf den vorstehenden Artikel des Herrn Wolff, betreffend die „Spirochäten“-Frage, von Theodor Saling-Berlin. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 43. Heft 3.) S. nennt die Wolffsche Kritik das schwächste, was je auf diesem Gebiete geleistet worden sei; die Hälfte seiner Arbeit sei einfach Abschrift der S.schen Kritik, der schlieſslich auch einige „Einwände“ folgten, die aber bloſse Gegenbehauptungen

ohne jeden beweiskräftigen Hintergrund seien. WOLFF habe überhaupt keine Kontrollversuche gemacht. Wenn er ernst genommen sein und seinen Zweifeln Nachdruck verleihen wolle, so möge er folgendes nachweisen: 1. daſs die sogenannte „Lues-Silberspirochäte" mit der „Spirochaeta pallida" der Hautaffektionen identisch ist, 2. daſs die „Spirochaeta pallida" nur im luetischen Organismus und dort konstant vorkommt, und 3. diese kein Saprophyt, sondern der „Lueserreger" ist. Hierfür, so erklärt zum Schlusse S., sind Beweise bisher noch nicht erbracht worden!

Stern-München.

Diskussion über die Vorträge der Herren A. BLASCHKO: „Bemerkungen und Demonstrationen zur Spirochätenfrage" und C. BENDA: „Zur Kritik der LEVADITIschen Silberfärbung von Mikroorganismen". (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) In der Versammlung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 20. Februar 1907 stellt ERICH HOFFMANN eine gröſsere Reihe von Präparaten vor, welche aufs deutlichste zeigen, daſs die Spirochaeta pallida auch im mit Silber imprägnierten Schnitt sich gewöhnlich leicht von den anderen, gröberen Arten unterscheiden läſst. Er wendet sich dann gegen SIEGEL, der die mit Silber dargestellten Spirochäten bekämpft und sie für Gewebsbestandteile erklärt, dagegen ihre Natur als Mikroorganismus leugnet, der mit der Syphilis im Zusammenhang steht. H. bemerkt, daſs in allen pathologisch-anatomischen Instituten überall, wo sich Syphilis feststellen lieſs, die Spirochaeta pallida im Gewebe festgestellt wurde, während bei Nichtsyphilitischen der Nachweis nie gelang. Auch betont H., daſs überall wo Spirochaeta pallida sich gefunden hatte, auch unfehlbar Syphilis nachgefolgt ist, er weist auf die diagnostische Bedeutung der Spirochaeta pallida hin. SALING ist der Ansicht, daſs Spirochäten als Lueserreger überhaupt nicht in Betracht kommen. Auf Grund seiner Untersuchungen ist er zu der Überzeugung gekommen, daſs ein scharfer Unterschied zwischen Spirochaeta pallida und der „Silberspirochäte" zu machen ist, erstere ist ein gelegentlich auch bei Lues auftretender Saprophyt, letztere nichts weiter als durch den Krankheitsprozeſs und nachfolgende Maceration deformierte und spiralig zusammengeschnürte Gewebsfäserchen. Vorbedingung für die Erzielung sogenannter Silberspirochäten ist, daſs sich das Gewebe in einem erkrankten und gelockerten Zustande befindet. Die Nekrose steht im direkten Zusammenhang mit dem Auftreten der „Silberspirochäten", das ergibt sich auch aus folgenden Wahrnehmungen: 1. konnte bei erworbener Lues die „Silberspirochäte" in inneren Organen nur äuſserst selten gefunden werden, 2. fehlen sie in den inneren Organen von Affen vollständig, obwohl sich diese Organe bei der Weiterimpfung als hochvirulent erwiesen, 3. finden sie sich jedesmal in zersetzten Geweben, z. B. in Föten, die schon wochenlang vor der Geburt abgestorben waren. Die Nichtidentität der sog. Silberspirochäte mit echten Spirochäten ergibt sich aus der Verschiedenheit im Auftreten der „Silberspirochäten" benannten Gebilde nach Silberimprägnierung und nach einer wirklichen Färbung. An der Hand seiner Präparate erklärt SALING die Identifizierung der zwei Arten für eine haltlose Hypothese. MÜHLENS ist auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat gelangt, in allen untersuchten sicheren syphilitischen Primäraffekten wurde Spirochaeta pallida gefunden, dagegen niemals in nichtsyphilitischen Schankern. In allen untersuchten sicher luetischen Föten fanden sich nie Spirochäten in den Organen. Die durch Versilberung in syphilitischen Organen dargestellten „Silberspirochäten" sind echte Spirochäten pallida. Er wendet sich gegen SALING. WALTER SCHULZE: Schon SCHWAB erklärt, daſs es im Zentralnervensystem, welches mittels der Silbermethode auf Spirochäten hin geschwärzt ist, nicht möglich ist, die feinen Nervenfäserchen von den Spirochäten mit Sicherheit zu unterscheiden; den gleichen Befund hat SCHULZE auch in der Cornea gehabt. Er ist ein Anhänger SIEGELS und hat mit ihm Syphilis

auf Kaninchen übertragen. Schindler widerlegt die Einwendungen der Autoren, welche die Spirochäten als Kunstprodukte, nicht aber als echte Mikroorganismen ansehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kritik der Silberspirochäte, von H. Beitzke. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 43. Heft 4.) B. wendet sich gegen die Ausführungen Salings, der besonders auch seine (B.s) bezüglichen Arbeiten scharf angegriffen habe. Dafs die Spirochäten keine Nervenfibrillen seien, wie W. Schulze und Saling behaupten, beweise ihre mitunter anzutreffende Lagerung in so dichten Büscheln, dafs das ganze Gewebe stellenweise geschwärzt ist, beweise vor allem ihre Lagerung im Lumen der Bronchien und Gefäfse; die schönsten Präparate von Spirochäten im Bronchiallumen stammten auch von nicht macerierten Kindern, so dafs auch die dies betreffenden Argumente Salings (von einem unversehrt gebliebenen Lumen könne bei von meist totfaulen Früchten stammenden, hochgradig macerierten Organen nicht die Rede sein) hinfällig seien. Die Spirochäten sind viel kleiner, dünner, mit regelmäfsigen Windungen versehen, die Nervenfibrillen aber bedeutend länger, dicker, sehr unregelmäfsig gewunden. Bei der Spirochaeta pallida haben wir es, so schliefst B., sicher mit einem Mikroorganismus zu tun, mag sie nach Giemsa oder Ramón y Cajal dargestellt sein; deren Anerkennung als Erreger der Syphilis kann man ja von erfolgreicher Tierimpfung mit Reinkultur abhängig machen. Bisher dürfte aber die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida für die Syphilis ebenso fest gestützt sein wie die des Hansenschen Bacillus für die Lepra oder die von Obermeiers Spirochäte für die Recurrens, und „daran wird auch die mitunter wenig sachliche Polemik Salings nichts ändern".

Stern-München.

Die sogenannte „Luesspirochäte", von Theodor Saling-Berlin. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 47 und 48.) Unter Beziehung auf seine früheren Arbeiten — *Zentralbl. f. Bakteriol.* I. Abt. Bd. 41. Nr. 7—8 und Bd. 42. Nr. 1—2 — hält der Verfasser seine Behauptung, dafs die sogenannten Luesspirochäten meistens Nervenfibrillen sind, aufrecht. Aus den Gröfsenverhältnissen, aus der Verteilung und Anordnung der Silberspirochäten und aus der Unmöglichkeit, sie im Ausstrich und Schnitt mit Anilinfarben zur Darstellung zu bringen, zieht der Verfasser den Schlufs, dafs die Spirochäte Schaudinn kein Parasit sein kann. Er stellt in Aussicht, in seiner nächsten Arbeit unter Zugrundelegung von Photogrammen zu beweisen, dafs zwischen den mit Silber gefärbten wirklichen Spirochäten und den sogenannten Spirochäten der Syphilis keinerlei Beziehungen bestehen. *Schourp-Danzig.*

Zwei Fälle von atypischem syphilitischem Schanker, von Metscherski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1906. Nr. 39.) Die beiden beschriebenen Fälle waren gekennzeichnet durch das Auftreten von Erosionen auf dem inneren Blatt der Vorhaut, drei Monate nach dem Coitus, und ferner dadurch, dafs sich erst nach völliger Verheilung der Erosion die betreffende Stelle ein wenig indurierte. Da sich keine Spirochaeta pallida nachweisen liefs, wurde die Diagnose erst gesichert, als die Inguinaldrüsen schwollen und eine Roseola sich zeigte. *Artur Jordan-Moskau.*

Bericht über einen Fall von Primärsyphilid der Nasenhöhle, von A. Baldwin-London. (*Lancet.* 2. Febr. 1907.) Eine 20jährige, verheiratete Frau kam mit starker Schwellung und Schmerzen des Gesichts zur Behandlung. In der Nasenhöhle rechts fand sich eine gröfsere Gangränbildung, nach deren Entfernung eine grofse, livide Gewebsmasse auf der Schleimhaut hervortrat. Verfasser diagnostizierte Primärsyphilid der Nase. (Nach der kurzen Beschreibung des Falles kann man allerdings sich kein Urteil über die Richtigkeit dieser Annahme bilden. Ref.) Die Körperoberfläche zeigte ein deutliches syphilitisches Sekundärexanthem. Die Infektion ging wohl von einem elfjährigen Mädchen aus, welches bei der Mutter der Patientin wohnte

und bei unbekanntem Infektionsmodus neun Monate vorher deutliche syphilitische Erscheinungen dargeboten hatte. Die Mutter ihrerseits hatte vier Monate nach der Erkrankung des Kindes eine spezifische Pharynxaffektion und ein zum Teil noch bestehendes Exanthem dargeboten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall wahrscheinlicher Reinfectio syphilitica, von Kolomoizew. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 11.) Ein 30jähriger Reserveleutnant erkrankte während des letzten Krieges an recenter Syphilis (Sklerosis glandis, Lymphadenitis, Roseola). Als 23jähriger hatte er aber schon wegen recenter Syphilis vier Monate lang in einem Hospital gelegen, was sich auf Grund der aus diesem Hospital erbetenen Krankengeschichte bestätigen liefs. Damals war er im Laufe von über einem Jahr mit insgesamt 165 Injektionen behandelt worden und hatte als 26jähriger geheiratet. Die Frau hat keinmal abortiert. Die Kinder aus dieser Ehe leben und sind gesund.

Artur Jordan-Moskau.

Die Diagnostik der Spätsyphilis, von L. Landouzy (*Presse méd.* 1907. Nr. 29.) Nichts Neues. *Schucht-Danzig.*

Hereditäre und erworbene Knochensyphilis, von Robert W. Taylor-New York. (*New York med. Journ.* 5. und 12. Jan. 1907.) Bei der hereditären Syphilis der Knochen ist zu unterscheiden eine frühe und eine späte Form. Osteochondritis, Periostitis, Osteomyelitis sind häufiger in den ersten Lebensjahren, während gummatöse Knochen- und Knochenhautentzündung, Synovitis und Synovitis deformans, Hyperostosen mehr in den späteren Lebensjahren vorkommen. T. gibt eine Anzahl sehr instruktiver, mit (zehn) Abbildungen versehener Fälle aus seiner Erfahrung wieder, welche die proteusartigen Formen der Knochensyphilis wohl illustrieren. Im allgemeinen ist deren Diagnose nicht schwierig, wenn man andere gleichzeitige Veränderungen, wie Keratitis, Zustände der Zehen (Hutchinsons), der Nase (Substanzverlust, Entstellung), Ohren, Haut, Drüsen und Allgemeinernährung berücksichtigt. Eine besonders häufige Komplikation der Knochensyphilis ist sekundäre tuberkulöse Infektion, und T. scheint es, dafs diese zwei Infektionen sowohl bei ganz kleinen Kindern wie im späteren Leben, wenn die Knochenveränderungen chronische und bleibende sind, mit Vorliebe sich assoziieren und dadurch tödlichen Ausgang bewirken.

Die erworbene Syphilis der Knochen kommt nach Verfassers Erfahrung nicht nur im sekundären und tertiären, sondern sicher auch im primären Stadium der Krankheit vor. T. hat in den letzten elf Jahren elf sicher dahin gehörige Fälle beobachtet und er glaubt, dafs sie nur oft der Beobachtung entgingen und weit häufiger seien, als allgemein angenommen werde. Diese primären Erscheinungen von Knochensyphilis sind meist oberflächlich und ganz scharf auf das Periost beschränkt, bilden flache oder leicht erhabene Geschwülste, in beschränkter Zahl und sind mehr oder weniger zerstreut vorhanden; sie verursachen nächtliche Schmerzen und bei Tag solche nur auf Druck, sind hauptsächlich entzündlicher Natur, scheinen keine Art von Degeneration einzugehen und sind häufig von Neuralgien, Kopfschmerzen, rheumatischen Beschwerden begleitet. Im Sekundärstadium der ersten Monate sind die Knochenveränderungen symmetrisch angeordnet, mehr oder weniger multipel, später werden sie unregelmäfsiger zerstreut, starke Hervorwölbungen bildend, von Synovitis begleitet; Schlüssel-, Brustbein-, Rippen- und die Extremitätenknochen sind besonders befallen. Im Tertiärstadium sind weniger, ein, zwei oder einige Knochen befallen. Vorgerücktere Arten als die eben beschriebenen, rein entzündlichen Knochenhypertrophien sind gummatöse Osteomyelitis und Osteoperiostitis, besonders an den Extremitätenknochen vorkommend. Auch eine Anzahl dieser Fälle hat Verfasser mit anschaulichen (20) Abbildungen illustriert. Im ganzen hält er die Diagnose der Knochensyphilis für

eine leichte, wenn man die meist vorkommenden anderweitigen spezifischen Erscheinungen in Betracht zieht; in vielen Fällen wird auch die Therapie die Diagnose aufklären oder erhärten. T. empfiehlt hier vor allem die kombinierte Behandlung: neben hohen Joddosen Quecksilber in Form von Einreibung oder noch besser von Injektionen löslicher Salze. *Stern-München.*

Zur Lehre der hereditären Syphilis, von Marie Wersilowa. (*Zentralbl. f. Bakteriol.* Bd. 42. Heft 6.) Verfasserin bringt hier eine vorläufige, mit (sechs) Abbildungen belegte Mitteilung über einige Fälle von hereditärer Syphilis, wo Spirochäten im thrombosierten Gefäſse in einem Hautschnitte, im Schnitte des Nabelstranges, der Milz, Placenta, Leber, zwischen Herzmuskeln gefunden wurden. Sie hält sich daher für berechtigt, zu schlieſsen, daſs die Spirochaeta pallida von der Mutter auf die Kinder durch Placenta und Nabelstrang komme. Ihre Anwesenheit in letzteren beiden und den Organen der Frucht ist ferner auch in dem Falle möglich, wenn die Mutter keine Syphiliszeichen hat. Auch in der Literatur finden sich im allgemeinen diese Angaben bestätigt. Von 80 Fällen der syphilitischen Neugeborenen, Placenten und Nabelsträngen, welche W. in der Literatur sammeln konnte, ist in 50 Spirochaeta pallida gefunden worden, indem bei mehreren negativen Resultaten die Früchte bloſs maceriert und totgeboren, nicht aber deutlich syphilitisch waren. *Stern-München.*

Über Pleuritis gummosa, von Max Lissauer-Berlin. (*Virchows Arch.* Bd. 187. Heft 2.) Aus dem Sektionsprotokoll einer 45jährigen mit der klinischen Diagnose Lues eingelieferten Frau ist zu ersehen, daſs die rechte Pleura costalis und visceralis, sowie auch der Pleuraüberzug des Zwerchfelles verdickt und getrübt waren. In diesem fanden sich zahlreiche miliare bis apfelkerngroſse, scharf begrenzte, derbe, gelbliche und rötliche Knötchen. Mikroskopisch bestanden die kleinsten Knötchen aus Granulationszellen, epitheloiden und lymphoiden Zellen in einem zarten Netz von Bindegewebe; die gröſseren Knötchen zeigten zentrale Verkäsung. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden; damit war eine primäre tuberkulöse Pleuritis auszuschlieſsen, und für eine sekundäre tuberkulöse Erkrankung fand sich kein Anhaltspunkt, da sämtliche Organe frei von tuberkulösen Veränderungen waren. *Schourp-Danzig.*

Die Lokalbehandlung der syphilitischen Gummigeschwülste durch Einspritzungen von Jodkalium, von F. Trémolières. (*Presse méd.* 1907. Nr. 16.) Die Methode ist nur bei den Gummigeschwülsten der Haut anwendbar. Sie ist indiziert, wenn Jodkalium innerlich nicht vertragen wird, oder wenn gegen die Anwendung von Quecksilber eine Kontraindikation besteht (schlechte Zähne, Nephritis usw.), ferner bei sehr hartnäckigem Gumma der Haut und endlich zur Unterstützung der allgemeinen Merkurialbehandlung.

Sie kann nie die Hg-Behandlung ersetzen.

Technik: Es genügt, 2 ccm einer 3%igen Lösung in die Umgebung der Geschwulst zu injizieren. Dieses Verfahren ist wirksamer als die Applikation in die Geschwulst. Die Injektion wird täglich wiederholt und die Einstichstelle entsprechend gewechselt. *Carl Schramm-Dortmund.*

Zur Lehre von der Lues nervosa, von Hans Hübner-Bonn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 45.) Das ätiologische Moment der Tabes und Paralyse besteht neben der Lues in einer meist ab ovo vorhandenen Disposition oder in erworbenen Schädlichkeiten, die beiden genannten Erkrankungen der nervösen Zentralorgane sind also nach der herrschenden Ansicht nicht Produkte der Syphilis allein, sondern mehrerer gleichwertiger Faktoren. Eine neuere Ansicht sagt: es gibt Formen der Syphilis, welche mit ihrer Schädigung mit Vorliebe das Nervensystem heimsuchen, deren Krankheitserreger selbst oder vermittels der von ihnen erzeugten Stoffwechselprodukte

oder Veränderungen der Blutmischung (Toxine, Antitoxine) gerade auf die nervösen Elemente eine besonders schädliche Wirkung ausüben. Dieser „Lues nervosa" sollen in erster Linie die Tabes und Paralyse, aufserdem aber auch die übrigen syphilogenen Erkrankungen des Nervensystems (gummöse Erkrankungen, Endarteriitis cerebralis syphilitica, luetische Meningitis, die syphilitische Spinalparalyse) ihre Entstehung verdanken. Verfasser sucht an der Hand seiner Beobachtungen zu prüfen, ob die Notwendigkeit der Annahme eines besonderen syphilitischen Giftes für das Nervensystem vorliegt. Er kommt zu dem Schlusse, dafs es klinische und anatomische Tatsachen gibt, die man ungezwungener ohne die Annahme einer Lues nervosa erklären kann, und dafs man das Material, welches die Autoren als beweisend für ihre Theorie ansehen, auch unter anderen Gesichtspunkten betrachten kann, vielfach sogar betrachten mufs. Eine Erklärung für die Auswahl der später von einer postsyphilitischen Erkrankung Betroffenen gibt sie uns jedenfalls zunächst noch nicht. Solange diese Erklärung aber aussteht, erscheint es auch zweifelhaft, ob die Hypothese es uns einmal verständlich machen wird, warum sich innerhalb mancher Gruppen die postsyphilitischen Neurosen häufen. Die Existenzberechtigung der Lehre von der Lues nervosa ist somit noch nicht erwiesen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Frage der Silberspirochäte, von Walter Schulze-Berlin-Friedenau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 52.) Verfassers Untersuchungen führten zu dem Schlusse, dafs die Lues mit Sicherheit auf das Kaninchen übertragen werden kann, und dafs in demselben, besonders also auch in dem erfolgreich geimpften Auge, ebenso wie in den luetisch erkrankten Organen des Menschen der Cytorrhyctes luis Siegel nachweisbar ist. Die mittels der Silbermethode dargestellten mehr oder minder spiraligen Gebilde in syphilitischen und nichtsyphilitischen Organen sind als Gewebsbestandteile zu deuten und zwar in der Regel als Nervenfibrillen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gehirnsyphilis mit Coma; Wiederherstellung, von J. Lippe-St. Louis. (*St Louis courier.* März 1907.) Bei der 43jährigen Patientin, einer Negerin, war ein tiefes, 24 Stunden währendes Coma nach Wochen heftigen Kopfschmerzes eingetreten und im Anschlufs daran eine Art Halbcoma von zwölftägiger Dauer, wobei Blasen- und Darmfunktion völlig aufgehoben waren und Decubitus sich eingestellt hatte. Es wurden täglich Sublimatinjektionen intramuskulär vorgenommen, Jodkalium per os gegeben, und nach zwölf Tagen begannen bei Patientin die ersten Zeichen der Erinnerung, dafs sie nicht zu Hause sei, begann sie wieder freiwillig Urin zu lassen usw. Mit derselben Behandlung wurde noch einen Monat fortgesetzt. Ein Jahr später ist Patientin imstande, ohne Ermüdung spazieren zu gehen, zieht das eine Bein nicht mehr nach, kann die Hausarbeit verrichten usw. Crebrale Syphilis, syphilitische Aortitis oder Gumma, welche so schwere Symptome verursachen, enden gewöhnlich in Tod oder Blödsinn, und L. schreibt das in diesem Falle erzielte günstige Resultat der energischen Quecksilberanwendung, kombiniert mit hoher Dosis Jodkali, zu. *Stern-München.*

Hirnsyphilis bei Kindern, von Arthur Willard Fairbanks - Boston. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. 9. u. 16. März.) Klinischer Vortrag, als dessen Anhang 50 Fälle aus der Literatur kurz angeführt werden. *Schourp-Danzig.*

Progressive Paralyse und Syphilis. Nach eigenem Material, von F. Ris-Rheinau. (*Correspond.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1907. Nr. 7) Der Verfasser ging von der Frage aus, ob es möglich sei, durch die mikroskopische Untersuchung der Grofshirnrinde mit aller Sicherheit die progressive Paralyse zu erkennen und gegen andere Geistesstörungen abzugrenzen, und kam auf Grund seiner histologischen Untersuchungen zu dem Befunde, dafs das Bild der paralytischen Hirnrinde einen das ganze Gefäfssystem des Organs umfassenden Prozefs ergibt, welcher die Züge einer langsam verlaufenden

chronischen Entzündung trägt. Dieser Prozeſs beschränkt sich auf die Gefäſse und ihre Scheide und greift nicht als solcher auf die nicht mesodermalen Anteile der Hirnrinde über. Die nervösen Anteile zeigen Veränderungen, die im Sinne eines Schrundes, einer den Verlust der Funktion nach sich ziehenden Ernährungsstörung zu deuten sind. Der Gliaanteil zeigt progressive Veränderungen, die vielleicht im wesentlichen als reparatorischer Art, als Ausfüllung von Lücken und Abdämmung von schädlichen Zuflüssen aufzufassen sind. Die Störung in der Architektur der Rinde erscheint als Folge einer Art von Narbenbildung in dem langsam zerstörten Gewebe, das sich mit ungleichen Kräften zusammenzieht. Als Ursache für diese im mesodermalen, ernährenden Teile des Organs ausgesprochene plastische, im der Spezialfunktion dienenden nervösen Anteil destruktiven Entzündung ist die Syphilis zu nennen.

Die Paralyse ist eine Form der Hirnsyphilis, deren Veränderungen mannigfaltig sind. Neben dem solitären Gumma, neben den multiplen gröſseren Gummata und der diffusen gummösen Entartung der Meningen gibt es Gummata in sozusagen rudimentärer Ausbildung, zerstreut und kaum über miliare Gröſse hinaus, mit dem Befund der Infiltration, Entartung und Wucherung der Rindengefäſse mit dem Gefolge von Zerstörungen und Reaktionen im nervösen Anteil und der Neuroglia, eben die progressive Paralyse.

Diesen paralytischen Gefäſsveränderungen sind sehr ähnlich die Gefäſsveränderungen bei miliarer Tuberkulose der Meningen; hier sind sie aber in überaus charakteristischer Weise an die Lokalisation der Tuberkel gebunden und darum nicht eigentlich diffus zu nennen. Wenn ähnliche Befunde bei Epilepsie, Alkohol- und Bleivergiftungen beschrieben sind, so erblickt der Verfasser darin als wahrscheinlichste Erklärung die Verkennung einer vorhandenen Paralyse zu Lebzeiten des Patienten.

Schourp-Danzig.

Zur Kasuistik der Spondylitis syphilitica gummosa, von Tscherbakow. (*Praktitscheski Wratsch.* 1906. Nr. 32.) Bei einer 42jährigen Kranken mit Perforation des Septum narium und verschiedenen für Lues charakteristischen Narben auf dem Körper trat eine Verhärtung und Schwellung in der Gegend des dritten und vierten Halswirbels auf, welche alle Bewegungen des Kopfes erschwerte und besonders nachts heftig schmerzte. Die Diagnose wurde auf gummöse Spondylitis gestellt, und unter einer kombinierten Kur verschwanden alle Erscheinungen. Laut Anamnese hatte sich die Kranke vor ca. zehn Jahren luetisch infiziert. *Arthur Jordan-Moskau.*

Syphilitische Arthropathien, von Marino. (*Policlinico.* 1907. Nr. 1.) Die beiden vom Verfasser beschriebenen Fälle von spezifischer Entzündung des Ellenbogengelenkes zeigten zuerst nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten in bezug auf die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis. Der umgehende Erfolg der antiluetischen Therapie beseitigte allen Zweifel. *C. Müller-Genf.*

Eitriger Zerfall einer Irispapel, von Guzmann. (*Beitr. z. Augenheilk.* 1907. 67. Heft.) Der Patient erkrankte 1½ Jahre nach stattgehabter luetischer Infektion auf dem rechten Auge. Es bildete sich dort in der vorderen Kammer ein Tumor, der fast ein Drittel derselben einnahm; es waren Entzündungserscheinungen vorhanden und es kam zur Entwicklung eines Hyphaema. Unter antiluetischer Behandlung fiel die Geschwulst einer regressiven Metamorphose, einer Erweichung und eitrigen Einschmelzung anheim. Der Tumor verschwand dann bald vollständig, der Ausgang war ein günstiger. *F. Hahn-Bremen.*

Diagnose und Therapie der syphilitischen tertiären Zungensklerose, von C. Bruhns-Berlin. (*Die ärztl. Praxis.* 1907. Nr. 5.) An der Hand dreier Fälle bespricht Verfasser die Differentialdiagnose und Therapie der tertiären sklerosierenden Glossitis, ohne etwas neues zu bringen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Leukoderma lueticum et psoriaticum, von ANTON BLUMENFELD-Lemberg. (*Lwowski Tygodnik lek.* 1906. Nr. 46 und 47.) Verfasser kommt auf Grund der kritischen Literaturübersicht und seiner eigenen Beobachtungen zu folgenden Rückschlüssen:

1. Das Leukoderma bildet ein wichtiges Symptom der Lues, spricht aber nicht unbedingt für das Bestehen einer Lues, da es auch bei Psoriasis vorkommt.

2. Bei der Psoriasis tritt das Leukoderma in der Regel nach Behandlung mit Chrysarobin und anderen Reduktionsmitteln ein, kann aber auch ganz selbständig auftreten, wenn auch immer an den Stellen der früheren psoriatischen Plaques.

3. Vitiligo kann in seltenen Fällen ein Leukoderma vortäuschen.

Von eigenen Fällen hat Verfasser einen Fall von Leukoderma syphiliticum und zwei Fälle von Leukoderma psoriaticum histologisch zu untersuchen Gelegenheit gehabt.

Im ersten Falle wies die verdünnte Oberhaut sämtliche Schichten auf; im Stratum germinativum fehlte das Pigment vollkommen; in der Cutis wurden deutliche, wenn auch nicht sehr ausgesprochene Infiltrate um die Gefäſse und um die Haarfollikel gefunden; das Pigment fehlte sowohl in den ungefärbten Präparaten als auch beim Versuch mit Ferrocyankaliumnachweis.

In den Fällen von psoriatischem Leukoderma war das Pigment sowohl in den frischen als auch in den bereits entwickelten Psoriasis-Effloreszenzen nicht vollkommen geschwunden; am besten war es in der interpapillären Schicht erhalten. In einem Falle von Leukoderma psoriaticum fand Verfasser dieselben Pigmentveränderungen, wie in den Effloreszenzen der Psoriasis; die frisch gebildete, äuſserst dünne Hornschicht war vollkommen pigmentlos.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von syphilitischer Orchitis, behandelt mit intramuskulären Injektionen von grauem Öl, von WETS HECK-Namur. (*Policlinique centrale.* 1906. Nr. 10.) Beschreibung eines Falles von typischer syphilitischer Orchitis bei einem 37jährigen Patienten, der von der früheren luetischen Infektion nichts zu wissen angibt. Die Diagnose wurde durch Vorhandensein zweier Gummata an der rechten Hand bestätigt. Verfasser beschreibt nun genau die Art und Weise, in der er in diesem Falle graues Öl intramuskulär einspritzte, und glaubt dem letzteren die rasche Heilung aller drei Gummata zu verdanken. (Gleichzeitig wurde aber innerlich Jodkalium verordnet. Ref.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die syphilitische Metrorrhagie, von A. MURATOW. (*Med. Obosrenje.* 1907. S. 42.) An der Hand eines vom Verfasser beschriebenen Falles von syphilitischer Metrorrhagie, welcher lange unerkannt blieb, vergeblich mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden war und erst unter einer speziellen Kur gut wurde, lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit der Gynäkologen und Syphilidologen auf diese syphilitische Erscheinung. Unter den vielen, genau erforschten Äuſserungen der Lues von seiten der inneren Organe erscheinen Verfasser die syphilitischen Gebärmuttererkrankungen recht stiefmütterlich behandelt zu sein, da er in der Literatur hierauf bezügliche Arbeiten nur von STROGONOW und DALCHE gefunden hat. (Verfasser ist leider die DREYERsche Arbeit im Augustheft der *Dermatologischen Zeitschrift* 1906 entgangen. Anm. des Ref.) Verfasser sagt von der Gebärmutter bei syphilitischer Uterinblutung, daſs sie nicht vergröſsert, nicht schmerzhaft und von harter Konsistenz ist und daſs die Adnexa keine Veränderungen darbieten.

Arthur Jordan-Moskau

Über einen Fall von syphilitischer Lungenerkrankung, von EMILE SERGENT. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 51.) Beschreibung eines Falles von Lungensyphilis, der

— wie das bei dieser Erkrankung wohl ziemlich häufig ist — jahrelang als Lungentuberkulose betrachtet und behandelt wurde. Gebrauch von Quecksilber führte zur Heilung. *Götz-München.*

Ein Fall von syphilitischer Geschwulst des Magens und der Leber mit Heilung, von Max Einhorn-New York. (*Internat. med. Rev.* 1907. Nr. 1.) Ein 34jähriger Mann mit luetischer Vergangenheit wies eine Magenerweiterung, einen gänseeigrofsen Tumor in der Regio pylorica und einen wallnufsgrofsen Höcker am oberen Leberrande auf. Der chemische Befund des Mageninhaltes war normal. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Gummigeschwülste des Magens und der Leber führte zur antisyphilitischen Behandlung: Die Tumoren verschwanden. *Schourp-Danzig.*

Über grofsknotige, tumorähnliche Tuberkulose der Leber, wahrscheinlich kombiniert mit Syphilis, von Walther Fischer-Königsberg. (*Virchows Arch.* Bd. 188. Heft 1.) Bei der Sektion einer 42jährigen Frau wurde wegen des vorliegenden Hepar lobatum die makroskopische Diagnose auf Lebersyphilis gestellt; im Lebergewebe liegende derbe Knoten, welche beim Einschneiden ein fast tumorartiges Aussehen zeigten, wurden als Lebergummata angesprochen. Das Vorhandensein von glatter Atrophie des Lungengrundes und von Periostitis der Tibia schienen diese Diagnose zu sichern.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber wurde aber durch den Nachweis typischer Epitheloidzellentuberkel und säurefester Bazillen in Riesenzellen von Langhansschem Typus festgestellt, dafs es sich um tuberkulöse Prozesse handelte. Tuberkelbazillen fanden sich teils in den Riesenzellen, teils in den Knoten, während der Nachweis der Spirochaeta pallida nach der Levaditischen Methode nicht gelang. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Frage des syphilitischen Leberfiebers, von Géronne-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1907 Januar.) Schon Gerhardt erwähnt das Vorkommen von Fieber mit hektischem oder typhoidem Charakter bei Lebersyphilis, später lenkte Klemperer wieder die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand. Verfasser liefert einen neuen Beitrag, der die Ansichten Klemperers über die Ätiologie dieses Symptomenbildes bestätigt und die Syphilis verantwortlich macht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der gutartige syphilitische Ikterus, von D. Jerinici. (*Revista stiintelor med.* November u. Dezember 1906.) Der Verfasser ist, nach seinen Beobachtungen, zur Überzeugung gelangt, dafs es sich beim syphilitischen Ikterus, wie er als Frühsymptom bei Luetischen zur Beobachtung kommt, keineswegs um einen dem katarrhalischen Ikterus analogen krankhaften Prozefs handelt, sondern dafs derselbe hämatogener Natur ist, während gleichzeitig auch eine krankhafte Veränderung der Leberzellen durch die Grundkrankheit stattfindet. Die Entwicklung dieser speziellen Gelbsucht der Syphilitischen wäre also folgende: Durch die Spirochäten oder die Toxine derselben wird eine hämolitische Wirkung ausgeübt, andererseits aber auch eine krankhafte Veränderung der Leberzellen hervorgerufen. Infolgedessen verwandelt sich das Blutpigment nicht mehr in Bilirubin, sondern in Urobilin, dasselbe gelangt infolge des gehinderten Gallenabflusses teilweise zur Resorption, führt zu Urobilinämie und später zur Urobilinurie.

Der gutartige syphilitische Ikterus ist eine Sekundärerscheinung der Krankheit, die man oft beobachten kann, mitunter auch vor dem Erscheinen der Roseola. Zwischen dieser Krankheit und dem malignen syphilitischen Ikterus dürfte nur ein Gradunterschied bestehen, da es sich bei beiden wahrscheinlich um eine Hepatitis und Insuffizienz der Leberzellen handelt.

Über intermittierendes Fieber bei visceraler Syphilis, namentlich bei Lebersyphilis, von Julius Mannaberg-Wien. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 62.) Die fieberhafte viscerale Syphilis ist eine gar nicht seltene Erscheinung. Sie ist von großer praktischer Bedeutung, da einerseits das Fieber auf das Bestehen einer sonst symptomlosen inneren Syphilis rechtzeitig aufmerksam macht und die entsprechende Therapie indizieren und andererseits eben das Fieber auf falsche diagnostische Fährte führen kann. Der Verfasser beobachtete seit 1896 in sieben Fällen von visceraler Syphilis Fieber, namentlich intermittierendes, an Malaria und Sepsis erinnerndes Fieber. Fünf dieser Fälle ließen eine Lokalisation der Lues in der Leber erkennen, in einem sechsten Falle fehlte jeder Anhaltspunkt für eine lokale Erkrankung und im siebenten Falle konnte eine Lungensyphilis diagnostiziert werden. In allen mitgeteilten Fällen war die eingeleitete antiluetische Kur von geradezu zauberhaft schneller Wirkung, ein Umstand, aus dem der Verfasser folgert, daß es sich nicht etwa um „Resorptionsfieber" handelte, sondern daß das Fieber einen spezifischen Grund haben dürfte

Schourp-Danzig.

Einige Bemerkungen zur Syphilisdiagnose und -Therapie, von Leop. Michaelis-Berlin. (*Medico.* 1907. Nr. 3.) Der kurze Artikel bespricht die Hauptpunkte der Diagnose und der Therapie, welche letztere bei jedem Ulcus in gründlicher Ätzung mit Acid. carbol. liquefact. bestehen sollte — nach M.s Ansicht. Die Allgemeinkur möchte er nie vor der sicheren Feststellung zweifelloser Sekundärerscheinungen eingeleitet wissen. Am besten sind dann Injektionen löslicher Salze, vielleicht abwechselnd mit der Schmierkur; im ersten Jahre drei, im zweiten Jahre zwei und im dritten Jahre eine Kur unter entsprechender Individualisierung. Die bei den Franzosen beliebte interne Medikation möchte M. als wertvolle Bereicherung unserer Applikationsmethoden ansehen — falls sich das Quecksilber in eine milde Eiweißverbindung überführen läßt. *Stern-München.*

Über die Wirkung der Eisenquellen von Spa auf die Syphilis, von R. Wybauw und Vaude Weyer. (*Annales des sciences med. et natur. de Bruxelles.* 1906. Band XV. Heft 4.) Die Wasser von Spa wirken bei Bleichsüchtigen entschieden günstig; sie bewirken eine Vermehrung der Diurese und begünstigen den Stoffwechsel, wie auch die Untersuchungen der Verfasser zeigen, sie erregen auch die zelluläre Tätigkeit und sind also auch für Luetiker keineswegs wertlos.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur abortiven Behandlung der Syphilis, von Jullien-Paris. (*Ann. de la Policl. centr.* 1907. Nr. 1.) Ein Brief von Jullien an Duhot, in dem sich Verfasser hoffnungsvoll über die Zukunft der von ihm inaugurierten und von Duhot modifizierten „abortiven" Syphilisbehandlung ausspricht. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Frühbehandlung der Syphilis, von Thalmann-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 13.) Ebenso wie in seiner vor Jahresfrist erschienenen Schrift „Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen" tritt Th. auch hier auf Grund theoretisch-wissenschaftlicher Erwägungen und praktischer Erfahrungen für die Frühbehandlung der Syphilis ein; sofort nach Stellung der Diagnose durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Primäraffekt muß die Lokal- und Allgemeinbehandlung mit Quecksilber beginnen. Von den Syphilitikern, bei denen Th. die Frühbehandlung angewandt hat, haben 30% mehr als sechs Monate nach der Infektion noch keine Allgemeinerscheinungen gezeigt, bei den übrigen hat sich in der Hauptsache die sekundäre Syphilis auf einen oder mehrere Herde lokalisieren lassen. Th. hofft, künftighin noch viel bessere Erfolge zu erzielen. Von größter Wichtigkeit ist es, daß Syphilitiker, die sich der Frühbehandlung unterzogen haben, nach

der ersten Kur regelmäfsig kontrolliert werden, damit beim Auftreten eines Sekundärherdes unverzüglich mit einer weiteren Quecksilberkur begonnen werden kann.

Götz-München.

Zur Technik der Injektion unlöslicher Quecksilbersalze, von Fr. Rolshoven. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 4.) Um der bei Anwendung unlöslicher Quecksilberpräparate immer grofsen Gefahr einer ungenauen Dosierung zu begegnen, werden zu solchen Injektionen auf der dermatologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalt Lindenburg (Vorstand: Zinsser) kleine kugelförmige, in einem ausgehöhlten Holzblock sitzende Flaschen mit eingeschliffenem Glasstöpsel verwendet, die mit höchstens 20 ccm Emulsion (recent. parat.!) gefüllt werden. In jeder Flasche befinden sich 10—12 Glaskugeln, welche eine gleichmäfsige Verteilung des Quecksilbersalzes in der Suspensionsflüssigkeit wesentlich erleichtern. Statt des Paraffinum liquidum mit Hydrargyrum salicylicum wird vom Verfasser in der letzten Zeit das Vasenolpräparat verwendet, welches eine nicht so dickflüssige Emulsion bildet.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über eine Verbindung von Quecksilber und Arsenik, das Enesol, als Heilmittel bei Syphilis, von Iwan Bloch. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1905. Nr. 21.) Die Idee, Arsenik bei hartnäckigen syphilitischen Affektionen als Heilmittel heranzuziehen, liegt nahe, eine zweckmäfsige Kombination von Quecksilber und Arsen ist im Enesol gefunden, es ist salicyl-arsensaures Quecksilber, die Toxizität ist auffallend gering, die Schmerzhaftigkeit fast null. Man injiziert Lösungen von 0,06 Enesol täglich und zwar 20—25 Injektionen. Es wird besonders von französischen Ärzten mit Erfolg gebraucht. Bloch versuchte es mit Erfolg in acht Fällen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die therapeutische Anwendung des Sajodins und seine Ausscheidungsverhältnisse, von Géronne und E. Marcuse-Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* Neue Flg. VIII, 12.) Dieses von E. Fischer und J. von Mering in die Therapie eingeführte Mittel haben Verfasser bei mehr als 50 Patienten erfolgreich angewandt, ohne jemals unangenehme Nebenerscheinungen zu bewirken, trotzdem sie bis zu 6 g pro die (in Dosen von je 1 g in Oblate) verabreichten, was dem Jodgehalt von 2 g Jodkalium entsprechen würde. Bestimmungen am Urin und dem Speichel ausgeführt ergaben, dafs das Sajodin etwas langsamer resorbiert wird als Jodkalium, dafs es aber dementsprechend langsamer mit den Exkretionen ausgeschieden wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie, von J. Guszman-Budapest. (*Heilkunde.* Jahrg. X. Heft 12.) Verfasser hat nach zweierlei Richtungen Beobachtungen über den Wert des Sajodins angestellt, einmal betreffs seiner Unschädlichkeit in bezug auf die Erzeugung von Jodismus, andererseits in bezug auf seine Wirksamkeit für sich allein gebraucht zur Beseitigung von Spätsymptomen der Syphilis. Zur Lösung der ersten Frage wurde das Mittel in Dosen von 2—3 g pro die an 15 Kranke verabreicht, welche alle gegen Jodkalium mehrfach als intolerant sich erwiesen hatten. Abgesehen von einem geringfügigen Schnupfen bei zwei Kranken traten keine Intoxikationserscheinungen hervor. Die Heilkraft des Mittels wurde an 14 Spätfällen von Syphilis erprobt. Auch in dieser Beziehung befriedigte dasselbe durchaus, wenn auch eine Nachhilfe mit lokaler Quecksilberapplikation gelegentlich notwendig erschien und Verfasser die alten Jodpräparate keineswegs als nunmehr entbehrlich bezeichnen will. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur internen Behandlung der Syphilis mit Mergal, von Keil-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 15.) Bericht von der Anwendung des Mergals in 17 Fällen von primärer und sekundärer Syphilis. Der Verfasser rühmt die bequeme, angenehme

und unschädliche Behandlung, welche von Magen, Darm und Nieren ohne Beschwerden vertragen wird, und hält die Heilwirkung des Mergals derjenigen der Inunktionskur oder Injektionsbehandlung für ebenbürtig. *Schourp-Danzig.*

Zur inneren Therapie der Syphilis, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Ther. Monatsh.* Januar 1907.) SAALFELD berichtet über seine Untersuchungen mit dem Mergal, welches das Quecksilberoxydsalz der Cholsäure darstellt. S. verwandte es bei über 100 Personen, am besten bewährte es sich im Verhältnis von zwei Teilen Tanninalbuminat und ein Teil cholsaures Quecksilberoxyd. Das Mergal wird in Kapseln gegeben à 0,05 Hg 0 und 0,1 Tanninalbuminat, es bewährte sich tadellos. Eine Reihe von Krankengeschichten erläutert dasselbe. (Ich selbst habe das Mergal bisher nur bei einer kleinen Anzahl von Patienten anwenden können, doch kann auch ich nur Günstiges berichten, die Anwendungsform ist einfach und angenehm, unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete ich nicht. Die syphilitischen Erscheinungen — ich sah bisher nur sekundäre Fälle — schwanden verhältnismäſsig rasch, Rezidive stellten sich nicht schneller als bei anderen Applikationen ein. Besonders scheint sich das Mergal für intermittierende Kuren zu eignen oder auch da, wo die soziale Stellung des Patienten eine Schmierkur oder Injektionskur unmöglich macht. Jedenfalls ist das Mergal durchaus brauchbar und empfehlenswert. Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Über einen Fall von Hornbildung am Kopfe, von J. A. C. MACEWEN-Glasgow. (*Lancet.* 9. Febr. 1907.) Die hier besprochene und abgebildete Hornbildung entwickelte sich bei einer 38jährigen Frau und erreichte im Laufe von 16 Jahren in gebogener Form eine Länge von $2^1/_2$ Zoll. Der eigentliche Ursprung der Anomalie bleibt ebenso unklar wie sonst bei diesen Hypertrophien. Die operative Entfernung war vollkommen erfolgreich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Erytheme und das Ekzem der Säuglinge, von MÉRY. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 52.) Erytheme bei Säuglingen sehen, wenn Erosionen und Knötchen vorhanden sind, Syphiliden oft sehr ähnlich; da sich Syphilis häufig nicht mit Sicherheit ausschlieſsen läſst, darf man für solche Kinder keine fremden Ammen nehmen. — Die kurze Besprechung der Therapie enthält nichts Neues. *Götz-München.*

Der Einfluſs der Ernährung bei der Behandlung von Ekzem, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Dietet. u. hygien. Gaz.* Okt. 1906.) In früheren Jahren hat Verfasser, beeinfluſst durch die HEBRAschen Lehren, eine diätetische Behandlung des Ekzems als zwecklos betrachtet. Wenn er auch jetzt noch der lokalen Behandlung die Hauptwirkung zuschreibt, so hält er doch eine jegliche Erschwerung der digestiven Tätigkeit durch ungeeignete Nahrungsmittel für einen wesentlichen Faktor zur Perpetuirung des ekzematösen Zustandes. Dies gilt nicht nur für das Ekzem der Säuglinge, sondern auch bei Erwachsenen und namentlich bei einer Komplikation mit gichtischen Störungen. Nur darf man nicht durch pedantische Verbote einen Zustand der Unterernährung und Anämie hervorrufen. Auch soll die Diät nicht allzu bland sein, damit ein geregelter, genügender Stuhlgang erzielt werde. R. gestattet Rindfleisch, Kalbfleisch, frisches Schweinefleisch, gekochten Schinken, viel Gemüse, frische Fische mit weiſsem Fleisch, dazu Grahambrot und Obst. Er verbietet Wild, Corned beef, geräucherte Fische, Hummer, Aal, scharfe Käsesorten wie Roquefort und

Camembert, Süfsigkeiten und Kuchen. Liegt Gicht vor, so verbietet er auch gebratene oder gebackene Fische und namentlich alle Alkoholica und Tabak.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Beiträge: Eczema acutum arteficiale durch Siegellack-Ringeinlage, von P. Näcke-Hubertusburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) N. macht sich seinen zu weit gewordenen Trauring durch eine Einlage aus Siegellack enger; nach kürzerem oder längerem Tragen des so eingerichteten Ringes entsteht jedoch am Rücken und an den seitlichen Partien des Fingers ein akutes Ekzem, die volare Fläche, auf welcher die Siegellackeinlage aufliegt, bleibt frei. Nach Entfernung des Ringes heilt das stark juckende Ekzem rasch ab. N. glaubt, dafs die Entzündung nicht durch mechanische Wirkung des Siegellacks, sondern nur durch chemische Reize hervorgerufen wird; wahrscheinlich gibt die Harzsubstanz in der Fingerwärme allmählich reizende gasförmige Stoffe an die Haut ab. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Ätiologie der Psoriasis, von Clemens Boesl-Oberstdorf. (*Wien. klin. Rundschau.* 1906. Nr. 48.) Ein junger Mensch mit Psoriasis vulgaris gab als Entstehungsursache seines Leidens den übermäfsigen Genufs von Kochsalz an, zu welchem ihn ein fortgesetzter intensiver Salzhunger zwang. Da nach den Untersuchungen von Siegfried Grosz die Kochsalzretention eine Folge, beziehungsweise Begleiterscheinung der Anbildung der pathologischen Psoriasprodukte ist, so nimmt Boesl auch für diesen Fall an, dafs hier die Haut längere Zeit hindurch die Funktion eines Reservoirs für aufgenommenes Kochsalz übernommen hat. Auch die im oberen Allgäu in relativ grofser Zahl vorkommenden Fälle von Psoriasis möchte der Verfasser damit erklären, dafs die Leute mit dem ihre Hauptnahrung bildenden Käse fortgesetzt grofse Mengen von Kochsalz aufnehmen. *Schourp-Danzig.*

Ein Beitrag zur Sykosisbehandlung, von Max Berliner-Breslau. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 1.) Bei einer Bartflechte mit daran anschliefsendem Nasenekzem verwandte B. 10% Jothionsalbe mit überraschend schnellem Erfolge. Auch bei Blepharitis ciliaris bewährte sich eine 1%ige Jothionsalbe.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Haarparasiten bei Kindern, von S. Bormann. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 5.) Der Verfasser legt seinem Aufsatz die Sabouraudsche Einteilung der Haarparasiten bei Kindern in Mikrosporie, Megalosporie, Herpes tonsurans und Favus zugrunde. In der Röntgentherapie erblickt er sowohl einen Ersatz der Epilation als ein direktes Mittel gegen die Erkrankung. Nach seinen Erfahrungen ist die Dosis für Epilation am Kopf mittels Röntgenstrahlen nach der Skala des Dosimeters von Kienboeck gleich 4 X, d. h. er röntgenisiert in einer beliebigen Entfernung mit beliebigen Ampullen so lange oder so oft, bis er mit dem Kontrollpapier die Färbung 4 X erhält. *Schourp-Danzig.*

Nierenerscheinungen im Verlaufe der Impetigo und des impetiginösen Ekzems, von L. Guinon und Pater. (*Revue mens. des malad. de l'enfance.* Novbr. 1906.) Impetigo und Ekzem, Krankheiten, welche die schützenden Decken der Haut zerstören und auf grofser Ausdehnung die Absorptionswege derselben, Lymph- und Blutbahnen freilegen, führen in gewissen Fällen zur Entwicklung von viszeralen Komplikationen und allgemeinen Infektionen. Dafs dies nicht häufiger vorkommt, wäre aus dem fortwährenden und reichlichen Abflusse seröser Flüssigkeit, welcher diese Hautaffektionen beim Kinde charakterisiert und wodurch in mechanischer Weise eine expulsive Tätigkeit auf die infizierenden Mikroorganismen ausgeübt wird, zu erklären. Eine andere Schutzeinrichtung des Organismus bilden die Lymphdrüsen; es gibt aber Fälle, wo diese natürlichen Schutzmittel ungenügend werden und die infizierenden Mikroben in den Körper eindringen, wie dies mit Bezug auf die Tuberkulose der Fall ist. Eine

andere Komplikation gibt die Nephritis ab, obzwar dieselbe nicht immer durch schwere Symptome in Erscheinung tritt und folglich der Aufmerksamkeit entgeht. Die Symptomatologie dieser Komplikation ist relativ einfach: meist ist ein physikalisches Zeichen, Ödem des Gesichtes oder der Malleolen, welches die Aufmerksamkeit auf den Zustand hinlenkt. In anderen Fällen tritt die Krankheit durch das urämische Symptom in Erscheinung, wie Anasarca, Oligurie, Dyspnöe, Epistaxis, Erbrechen usw. Die Harnuntersuchung zeigt die Anwesenheit von Eiweiſs in gröſseren oder geringeren Mengen, oft auch von Blut und kann es zur Entwicklung einer wahren hämorrhagischen Nephritis kommen.

Nach dem Gesagten erscheint es also von Wichtigkeit bei Kindern, die an impetiginösem Ekzem leiden, namentlich wenn die Hautveränderungen eine gröſsere Ausdehnung besitzen, den Zustand des Harnes zu überwachen und bei Feststellung einer Nierenaffektion eine dementsprechende Therapie einzuleiten.

E. Toff-Braila.

b. *Cutis.*

Vorstellung von mittels Röntgentherapie geheilten Fällen von Onychomykosis, von C. Pellizzari. (*Lo Sperimentale.* 1906. Heft 6.) Der Verfasser weist an der Hand von Fällen aus seiner Praxis auf die vorzügliche Wirkung der Radiotherapie beim Herpes tonsurans der Nägel hin und erklärt, daſs derselben keine andere Behandlungsmethode gleichkommt. *C. Müller-Genf.*

Behandlung venerischer Bubonen mit Saugglocken nach Bier-Klapp, von Ferdinand Schütz-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) Auf der Mračekschen Klinik wurden 46 Fälle von Bubonen mit Bierscher Stauung behandelt, es wurde täglich dreiviertel Stunde gestaut. Besonders angenehm ist die schnelle Beseitigung des Schmerzes dabei. Von den 46 Fällen wurden in neun mit Stauung allein, ohne Inzision, Heilungen erzielt, die Durchschnittsdauer betrug 25 Tage. Bei den 37 mit Stauung und Inzisionen behandelten Fällen war die Krankheitsdauer 53 Tage. Nach allem empfiehlt Verfasser die Behandlung mit Saugglocken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach weichem Schanker, von Nencioni und Paoli. (*Lo Sperimentale.* 1906. Heft 6.) Die X-Strahlen haben nach den Untersuchungen des Verfassers eine unzweifelhaft günstige Wirkung auf die Drüsenanschwellungen nach weichem Schanker, sowohl was die Dauer als was den Verlauf anbelangt, und zwar macht sich dieser Erfolg um so mehr fühlbar, einen je langsameren Verlauf die Adenitiden haben, während bei den akuten und subakuten Formen das Resultat weniger auffallend ist. Die Heilung tritt rascher ein als nach Auskratzung usw. Die torpiden Geschwüre nach Eröffnung der Abscesse bei schwächlichen, anämischen Individuen verwandeln sich nach der Anwendung der Röntgentherapie in Wunden von normalem Aussehen. Die Schmerzhaftigkeit der geschwollenen Drüsen nimmt unter der Behandlung rasch ab.

C. Müller-Genf.

Chronische Hautinfiltration bei einem Phthisiker mit hyperämisierenden Prozeduren behandelt, von G. Hauffe-Ebenhausen. (*Ärztl. Rundsch.* 1907. Nr. 1.) Ein 39jähriger, an fortgeschrittener Lungentuberkulose leidender Zimmermann bot auf dem Handrücken eine seit etwa zehn Jahren bestehende, hypertrophierende Affektion der Haut dar, ein chronisches Ekzem oder eine Tuberkulose der Haut — Verfasser läſst die Diagnose unentschieden. Es wurden zuerst Ölkompressen unter Guttaperchapapier und heiſse Handbäder gegeben, später wurden die affizierten Stellen intensiv der Sonne unter Anwendung groſser Glaslinsen ausgesetzt. Nach etwa vier-

wöchiger Behandlung war die Dermatose vollständig beseitigt, trotzdem das Allgemeinbefinden sich wesentlich verschlechtert hatte, so dafs Patient 14 Tage später zugrunde ging. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung mit Stauungshyperämie bei Phlegmonen und anderen akut endzündlichen Erkrankungen, von W. Burk. (*Mitteil. aus d. Hamburgisch. Staatskrankenanstalten.* VII. Bd. 3. Heft.) Bei 223 akut entzündlichen Erkrankungen wurde mittels Stauungshyperämie ein vorzüglicher Erfolg erzielt, was die Beeinflussung des entzündlichen Prozesses als solchen, Fieberverlauf, Behandlungsdauer und Heilungsresultat anbelangt. Bei Vorhandensein hochgradiger Phlebektasien, bei schweren gangränescierenden subcutanen Phlegmonen mit Nekrose des Unterhautzellgewebes, bei schweren intramuskulären Phlegmonen, bei Diabetikern und bei Idiosynkrasie gegen Stauung ist die Behandlung mit Stauungshyperämie kontraindiziert. Bei Furunkeln war die Behandlungsdauer viertägig; die Behandlungsdauer der Karbunkel belief sich auf sieben Tage. Von drei an Milzbrand erkrankten Patienten wurden zwei mittels Stauungsbehandlung geheilt, einer kam infolge Milzbrandsepsis ad exitum. Bei Erysipel war die Beeinflussung durch die Stauung als günstig zu bezeichnen. In keinem der behandelten Fälle überschritt das Erysipel die Stauungsbinde. Bei einer Patientin mit Arthritis blennorrhoica genus verschwanden unter Stauungsbehandlung in zwölf Tagen die Schmerzen und der Gelenkergufs.

Schourp-Danzig.

Lidödem wegen Karbunkel, von D. G. Alonso. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias med.* Dez. 1906.) Der Verfasser rühmt die gute Wirkung der Duránschen Methode bei der Pustula maligna mit seinem „Abortokarbunkel". Dieselbe besteht in Injektionen von verdünnter Jodtinktur in Wasser, rund um die affizierte Stelle, nebst innerlicher Darreichung desselben Medikaments. *C. Müller-Genf.*

Ein paranephritischer Abscefs und multiple Muskelabscesse infolge eines Furunkels, von Leo Kohan-Jaffa. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Ein 18jähriger Mann hatte heftige Schmerzen in der linken Lumbalgegend. Es fand sich in dieser Gegend, 3—4 cm nach aufsen von der Wirbelsäule eine diffuse Schwellung, die sich vom Rippenbogen nach abwärts erstreckte, in der Tiefe Fluktuation. Am rechten Ellenbogen ein frisch verheilter Furunkel. Durch einen 8 cm langen Längsschnitt wurde bis ins paranephritische Zellgewebe vorgedrungen, wodurch sich eine grofse Menge stinkenden Eiters entleerte. Während des Verbandes entdeckte man eine wenig schmerzhafte, taubeneigrofse Infiltration im Musculus rectus abdominis sinister, vier Finger breit unter dem Nabel. Dieses Infiltrat wuchs, gleichzeitig bildeten sich noch zwei gröfsere Muskelinfiltrate, im rechten Musculus supraspinatus und im linken Triceps an der Grenze der Achselhöhle. Verfasser machte nun in sechs Tagen acht Injektionen mit Antistreptokokkenserum. Es bildeten sich keine neuen Infiltrate, die vorhandenen wurden gespalten und mit Stauung behandelt. Die Heilung folgte prompt. Als Eingangspforte kommt nur der Furunkel am Ellenbogen in Betracht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlichen Hautkrankheiten, von Schweitzer-Fiume. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1907. Nr. 8.) Bei Furunkulose, Akne und Urticaria sah Sch. gute Erfolge mit der innerlichen Darreichung von Levurinose, dem Hefepräparat der chemischen Fabrik von J. Blaes & Co. in Lindau.

Schourp-Danzig.

Die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan, von Gerstle-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 9.) Warme Empfehlung des Jodofans zur Behandlung der Furunkel. Das Jodofan hat die Vorteile der Reizlosigkeit, Belebung der Granulationen, Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit. Die

Behandlung der Inzisionswunden (nach Eröffnung des Furunkels) mit Jodofangaze oder Jodofanpulver hat demnach den grofsen Vorteil, die eiternde Wundfläche mit einem stark desinfizierenden und die Granulation lebhaft anregenden, sonst unschuldigen Mittel belegt und geschützt zu haben. Von der allergröfsten Bedeutung ist es für den Patienten, dafs man mittels Jodofan der Entstehung weiterer Furunkel vorbeugen kann; zu diesem Zwecke benetzt Verfasser die Haut in weiter Umgebung des Furunkels mit einer indifferenten Flüssigkeit und bestreut die nasse Fläche reichlich mit Jodofan. Bei diesem Verfahren trifft das abfliefsende Sekret nicht mehr die ungeschützte Haut, sondern das Jodofan, welches grofse Mengen Eiters unschädlich machen kann. In 28 Fällen hat Verfasser nicht einmal eine Propagation gesehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Tropische Hautulcerationen, von Paul G. Woolley - Phrapatoom. (*Journ. amer. med. assoc.* 2. März 1907.) Während die Besprechung der Orientbeule und der tropischen Phagedämie nichts Bemerkenswertes bringt, ist der Bericht über die Feldbeule von Interesse. An dieser erkrankten im englischen Kriege gegen die Buren 19,35 %, und zwar nur Weifse. Diese Affektion beginnt mit Bläschen mit klebrigem Inhalt, welche platzen und zu Ulcerationen führen. Die Lieblingsstellen des Leidens sind Handrücken und Handgelenk. Als Erreger gelang es, einen dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlichen Micrococcus vesicans festzustellen.

Schourp-Danzig.

Zur internen Behandlung der Akne, von Josef Kapp-Berlin. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 3.) Es sind hauptsächlich intestinale Vorgänge, welche eine Disposition zur Akne schaffen; so zeigten auch die Untersuchungen Kapps an 33 Fällen eine erhöhte Eiweisfäulnis im Darm. Er stellte daraufhin therapeutische Versuche an in der Richtung, dafs eine antifermentative und die Darmtätigkeit leicht beschleunigende Medikation eingeleitet wurde, und zwar gab er intern sublimierten Schwefel und Menthol in der Form 1 g Sulfur. praecipitatum und 0,25 g Menthol zwei- bis dreimal täglich. Nach drei bis vier Monaten zeigte sich stets eine wesentliche Besserung, zuweilen sogar glatte Heilung. Daneben wurde lokale Therapie angewendet. (Dann fehlt also der Beweis, dafs die inneren Mittel allein genügten. Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Erythema nodosum und Rheumarthritis, von T. O. Symes-Bristol. (*Lancet.* 26. Jan. 1907.) In diesem klinischen Vortrag zieht S. den Schlufs, dafs doch recht viele Divergenzen zwischen den beiden Affektionen bestehen. Er definiert Erythema nodosum als eine spezifische akute fieberhafte Erkrankung, bei der die Infektion wahrscheinlich durch die Tonsillen oder die Lunge vermittelt wird. Die Inkubationsperiode und die Prodrome sind von viel längerer Dauer als bei Rheumarthritis, und die Rekonvaleszenz ist oft langwierig. Bakteriologische Untersuchungen, welche Verfasser angestellt hat, fielen negativ aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Erythema nodosum haemorrhagicum und über die Beziehungen des Erythema nodosum zur Purpura, von Géronne - Berlin. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 60. Bd. 5. u. 6. Heft.) Die mitgeteilte Krankengeschichte zeichnet das Bild einer Affektion, welche dem von Lewin beschriebenen Erythema nodosum contusiforme ähnlich ist. Aus der Anamnese geht hervor, dafs die jetzt 17jährige Patientin im 12. Lebensjahre an Purpura erkrankt war. Ob dabei Gelenkrheumatismus die Basis für die Entstehung der Blutungen abgegeben hat oder vielmehr Peliosis rheumatica, als deren Stigma wir die entzündliche Erkrankung verschiedener Gelenke kennen, vorgelegen hat, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Die Neigung zu subcutanen Blutungen zeigt sich bei nachfolgenden Erkrankungen im 13., 15., 16. und 17. Lebensjahre. Bei den ersten vier Anfällen der Krankheit traten anfänglich kleinere,

stippchenartige, später gröſsere, konfluierende, in kurzer Zeit verschwindende, rötliche Flecke auf. Bei dem fünften Anfall waren die Blutungen knotenförmig, ziemlich hart, sehr schmerzhaft, zum Teil bis auf den Knochen gehend, mit ausgesprochener Neigung zum Rezidivieren. In dem zuletzt aufgetretenen Erythem erblickt G. einen erhöhten Grad der gleichen Krankheit, welche früher durch geringfügigere Symptome ausgezeichnet war. Für die Entstehung des Erythems bei der an lymphatischen Vegetationen im Nasenrachenraum leidenden und hochgradig neuropathischen Kranken gibt der Verfasser folgende Erklärung: Das in den Körper durch den im Zustand entzündlicher Veränderung befindlichen lymphatischen Rachenring eingedrungene Virus fand in der neuropathischen Patientin einen fruchtbaren Boden für seine Entwicklung. Die hysterisch-nervöse Veranlagung mit ihrem schädigenden Einfluſs auf die Gefäſsnerven hat die Schwere der Erscheinungen und die zahlreichen Rezidive veranlaſst. Bezüglich der Lokalisation des Erythems in diesem Falle ist hervorzuheben, daſs es gelegentlich auf der einen Wange und Stirnseite zu gröſseren Extravasationen mit knotenartiger Vorwölbung kam, daſs die Streckseiten beider Arme ziemlich symmetrisch befallen waren, während die Unterschenkel dauernd frei blieben.

Schourp-Danzig.

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von W. Hildebrandt-Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.) Beschreibung eines Falles von Erythema nodosum bei einer schwer tuberkulösen, graviden Frau. Intraperitoneale Injektion von Venenblut, das der Kranken während des Höhepunktes der Erythemerkrankung entnommen worden war, erzeugte bei zwei Meerschweinchen experimentelle Tuberkulose, während die Untersuchung des Venenblutes auf andere Bakterien negativ ausfiel; es kreisten also zur Zeit der Blutentnahme virulente Tuberkelbazillen im Blute. In vier anderen Fällen von Erythema nodosum konstatierte H. die klinischen Erscheinungen tuberkulöser Spitzenkatarrhe. — Derartige Beobachtungen beweisen nach H.s Ansicht noch keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Erythema nodosum; ein Erythema nodosum, das bei einem Tuberkulösen auftritt, braucht nicht mit der Tuberkulose in Verbindung zu stehen. Dagegen hält H. es für sehr wohl möglich, daſs auch durch Tuberkelbazillen eine von dem gewöhnlichen Erythema nodosum nicht zu unterscheidende Krankheitsform hervorgerufen werden kann.

Götz-München.

Lichen planus der Mundschleimhaut, von David Lieberthal-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 16. Febr. 1907.) Seinem früher — *Journ. amer. med. assoc.* 11. Jan. 1902 — mitgeteilten Falle von Lichen planus hypertrophicus der Wangenschleimhaut reiht der Verfasser zwei weitere Fälle an, in welchen auſser der Hauteruption Plaques auf der Mundschleimhaut, auf der Unterlippe, am Zungenrande und auf der Wangenschleimhaut bestanden. *Schourp-Danzig.*

Pathologische Befunde bei zwei Fällen von Mykosis fungoides, von Samuel T. Oxton-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* 1907. XLVIII. Nr. 2.) Die beiden mitgeteilten Fälle endigten letal. Der eine kam zur Sektion, jedoch lieferte diese keinerlei positive Anhaltspunkte. Die histologische Untersuchung ergab, daſs die Tumoren des dritten mykotischen Stadiums in ihrer Zusammensetzung den Rundzellensarkomen ähnlich sind. In dem einen der Fälle bestand eine Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen auf 18750, von denen 44,3% auf eine Vermehrung groſser, mononukleärer Zellen von Gestalt und Aussehen der Tumorzellen zurückzuführen waren. Kulturversuche und Tierimpfungen waren resultatlos. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. No. 3. 1. August 1907.

(Aus dem Königin Elisabeth-Sanatorium für Lungenkranke bei Budapest. Dirig. Arzt Kön. Rat Doz. Dr. v. KUTHY-Okolicsányi.)

Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten.

Von

Dr. S. C. BECK,
Dozent an der Universität zu Budapest.

Seit einigen Jahren stehen die tuberkulösen Erkrankungen der Haut im Vordergrunde der dermatologischen Forschung. Dank der klinischen Beobachtungen und histologischen Untersuchungen konnte eine nicht unbedeutende Zahl von Hauterkrankungen, über deren Ätiologie wir noch vor kurzem im Unklaren waren, in die Gruppe der tuberkulösen Hautleiden eingereiht werden. Die Bedeutung gewisser, zumeist follikulärer und perifollikulärer Hautleiden wurde durch die Arbeiten DARIERS, BOECKS und ihrer Anhänger klargelegt, es wurde die Gruppe der Tuberkulide oder Toxituberkulide aufgestellt und heute wohl schon kaum mehr bestritten.

Neben den verschiedenen Formen der Tuberkulide, welche in direktem ätiologischen Zusammenhang mit der Tuberkulose innerer Organe stehen, gibt es noch andere wohlbekannte Dermatosen, welche zwar pathogenetisch mit der Tuberkulose nichts zu tun haben, doch insofern zu ihr in Beziehung stehen, daſs sie mit besonderer Vorliebe bei Lungenkranken auftreten. Es muſs angenommen werden, daſs die Haut der an Lungentuberkulose leidenden Individuen gegen äuſsere Reize verschiedenster Art (physikalische, chemische, parasitäre) empfindlicher ist, als die Haut gesunder Leute. Und zwar zeigt sich diese gröſsere Vulnerabilität der Haut nicht nur im fortgeschrittenerem Stadium der Erkrankung, wo eine Herabsetzung des allgemeinen Ernährungszustandes, also auch die der Körperbedeckung, schon klinisch zu konstatieren ist und eine gröſsere Empfindlichkeit, eine geringere Widerstandsfähigkeit der Haut erklärt, sondern sie zeigt sich schon im Anfange der Lungenschwindsucht, wo der allgemeine Kräftezustand oft noch nichts zu wünschen übrig läſst,

ja, oft sogar auch dann noch, wenn, durch entsprechende Behandlung der tuberkulösen Erkrankung, eine Besserung des allgemeinen Zustandes sich eingestellt hat, die sich durch Abnahme der Krankheitssymptome und Zunahme des Körpergewichtes kundgibt.

Während einer mehrjährigen Betätigung im „Königin Elisabeth-Sanatorium für Lungenkranke", welches seine Entstehung der rastlosen Tätigkeit und Bemühungen Prof. FRIEDRICH v. KORÁNYI verdankt, habe ich reichlich Gelegenheit gehabt, die Erfahrung zu machen, wie wichtig es ist, die Haut lungenkranker Personen sorgsamst zu pflegen, alle Regeln der Reinlichkeit und Hygiene der Körperbedeckung peinlichst einzuhalten, denn die geringste Vernachlässigung kann oft hartnäckige, unangenehme Folgen nach sich ziehen. Aber auch noch ein anderer, nicht minder wichtiger Umstand macht die sorgsamste Pflege der Haut bei Lungenkranken unbedingt notwendig. Bei der Sanatoriumsbehandlung vieler Phthisiker spielt nämlich die unter ärztlicher Aufsicht rationell und zweckmäſsig durchgeführte Kaltwasserkur eine hervorragende Rolle. Dieselbe ist aber nur bei normal funktionierender, intakter Haut durchzuführen. Wenn die Haut erkrankt ist, so muſs dem Lungenkranken ein nicht zu gering zu schätzender therapeutischer Eingriff entzogen werden, was sicherlich auf den allgemeinen Zustand des Kranken beträchtliche Rückwirkung haben kann. Zwar müssen wir zugeben, daſs nicht alle bei den Phthisikern beobachteten Erkrankungen oder funktionellen Störungen der Haut die Durchführung der Wasserprozeduren kontraindizieren, doch muſs bei vielen derselben entweder der nächtliche nasse Kreuzverband über die Brust, oder müssen die täglichen Bäder, oft sogar beide weggelassen werden. Man kann ja manchmal selbst auf der augenscheinlich ganz gesunden Haut lungenkranker Leute beobachten, daſs nach fortgesetzter Anwendung der Kaltwasserprozeduren eine mehr oder weniger heftige entzündliche Reaktion auftritt. Wenn man in solchen Fällen trotz der durch das Wasser hervorgerufenen Rötung die Durchführung der Kuren forciert, so kann sich der Zustand erheblich verschlimmern, ja, sich sogar zu einer allgemein ausgebreiteten, desquammativen Dermatitis steigern.

Nach solchen Erfahrungen, die ich zu machen öfters Gelegenheit gehabt habe, ist es natürlich unbedingt erforderlich, daſs in jedem einzelnen Falle, der zur Sanatoriumsbehandlung aufgenommen wird, die Haut des Patienten sowohl in bezug auf anatomische Veränderungen, wie auf funktionelle Störungen sorgsamst untersucht wird, und man bei Feststellung der einzuleitenden Therapie den Zustand der Haut berücksichtigt.

Die folgende tabellarische Zusammenstellung gewährt uns einen bequemen Überblick über die in den Jahren 1902—03—04 im Königin Elisabeth-Sanatorium beobachteten und behandelten Hautkranken. Aus derselben lassen sich interessante Schlüsse ziehen, welche uns wertvolle

Anhaltspunkte zur Beurteilung der Empfindlichkeit und Vulnerabilität der Haut lungenkranker Personen gegen Reize verschiedenster Art liefern.

Es soll noch bemerkt werden, daſs meine Beobachtungen vom Jahre 1902 sich nur auf sechs Monate, d. h. auf das Halbjahr Juli-Dezember beziehen, da ich erst im Juli meine Tätigkeit im Sanatorium aufnahm. Von da an habe ich alle 14 Tage einmal im Sanatorium Ordination abgehalten. Wegen der ziemlichen Entfernung von der Stadt war ein öfteres Besuchen des Sanatoriums nicht möglich; übrigens ergab es sich im Laufe der Zeit, daſs dies auch gar nicht nötig war. In einem Sanatorium für Lungenkranke wechseln ja die Kranken nicht so oft, wie in einem Spital. Die meisten bleiben drei Monate oder noch länger dort, so daſs während dieser Zeit jeder auch öfter Gelegenheit hatte, mich wegen seines eventuellen Hautleidens zu konsultieren. Mit der Ausführung der vorgeschriebenen Behandlungen wurden die Assistenten des Institutes betraut, die dafür sorgten, daſs jede Vorschrift strengstens durchgeführt werde.

Die Gesamtzahl der im Sanatorium behandelten Lungenkranken betrug in der zweiten Hälfte des Jahres 1902: 278; davon waren 159 Männer und 119 Frauen. Im Jahre 1903 wurden 579 Kranke aufgenommen, und zwar 350 Männer, 229 Frauen; während im Jahre 1904 563 Kranke, davon 343 Männer und 220 Frauen gepflegt wurden.

Aus diesen Zahlen geht hervor, daſs ein ungeahnt groſser Teil der im Königin Elisabeth-Sanatorium gepflegten Kranken mit verschiedenen, wenn auch oft ganz unbedeutenden Hautleiden behaftet waren.

Um aber meine statistischen Daten richtig beurteilen zu können, muſs betont werden, daſs die Gesamtzahlen meiner Tabelle sich *nicht auf die Krankenzahl*, sondern auf die *Erkrankungszahl* beziehen. Die letztere ist nämlich bedeutend gröſser als die erstere, da es sehr oft vorgekommen ist, daſs ein und derselbe Patient an zweierlei oder mehreren verwandten, oder auch verschiedenen Dermatosen litt. Darauf muſste bei der tabellarischen Zusammenstellung natürlich Rücksicht genommen werden, so daſs dort jede Erkrankung als gesonderter Fall verzeichnet ist. Wenn z. B. bei ein und demselben Kranken neben Pityriasis capitis auch Akne des Gesichtes oder des Rumpfes und eine Dermatitis arteficialis zu konstatieren waren, so wurden diese als dreierlei Erkrankungen in der Tabelle verzeichnet. Es bedarf also diese Statistik bezüglich der *Krankenzahl* noch einer Ergänzung, welche sich folgendermaſsen stellt:

Im Jahre 1902 betrug die Gesamtzahl der Erkrankungen 157, welche an 115 Personen, und zwar 81 Männer, 34 Frauen, beobachtet wurden.

Im Jahre 1903 betrug die Gesamtzahl der Erkrankungen 380, welche an 284 Personen, und zwar 195 Männer, 89 Frauen, beobachtet wurden.

Im Jahre 1904 betrug die Gesamtzahl der Erkrankungen 259, welche an 198 Personen, und zwar 123 Männer, 75 Frauen, beobachtet wurden.

Benennung der Krankheit	1902			1903			1904		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
Akne necrotica	2	—	2	—	1	1	—	—	—
Akne vulgaris	13	5	18	25	7	32	16	12	28
Alopecia areata	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Atheroma	1	—	1	1	—	1	—	—	—
Balanitis errosiva	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Cicatrices post ignipunct.	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Cicatrices post skrophuloderma	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Clavus c. lymphangoitide	—	—	—	1	1	2	—	—	—
Cordylomata acuminata	—	—	—	—	—	—	3	—	3
Dermatitis arteficialis	12	2	14	14	4	18	9	2	11
Dermographismus	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Dysidrosis	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Ekzema chron.	2	—	2	8	2	10	6	—	6
Ekzema seborrh. u. verwandte Dermatosen	1	2	3	11	4	15	29	13	42
Ephelides pigmentationes	—	—	—	5	10	15	2	5	7
Erysipeloid	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Erythema faciei	1	—	1	3	2	5	1	5	6
Erythrasma	12	1	13	15	1	16	12	—	12
Favus capitis	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Fibroma molluscum	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Folliculitis	4	1	5	8	—	8	4	1	5
Furunculosis	—	—	—	4	—	4	—	—	—
Glossitis superficialis	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Herpes vulgaris	4	1	5	5	3	8	—	—	—
Herpes zoster	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Hyperidrosis axillae manuum et pedum	2	—	2	12	—	12	1	2	3
Ichthyosis congen.	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Impetigo vulgaris	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Keloid verum	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Keratosis pilaris	1	1	2	4	1	5	—	—	—
Leukoplakia linguae	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Lichen ruber plan.	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Lichen spl. chronicus	1	—	1	1	—	1	4	—	4
Summa	57	14	71	125	39	164	92	41	133

Benennung der Krankheit	1902			1903			1904		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
Transport	57	14	71	125	39	164	92	41	133
Lupus vulgaris	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Miliaria	—	—	—	3	—	3	1	—	1
Milium	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Molluscum contagios.	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Panaritium	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Perniosis	2	—	2	—	2	2	—	—	—
Phlegmone nasi	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Phthiriasis	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Pityriasis faciei	—	—	—	3	10	13	5	5	10
Pityriasis (seborrh. sicca) capitis	3	10	13	34	26	60	17	27	44
Pityriasis rosea Gibert	—	—	—	2	1	3	2	1	3
Pityriasis versicolor	31	14	45	24	18	42	12	—	12
Pruritus nerv. univ. et part.	12	—	12	23	6	29	14	4	18
Psoriasis	—	—	—	—	1	1	1	—	1
Purpura haemorrhag.	—	—	—	3	—	3	—	1	1
Rhagades	—	—	—	1	—	1	1	1	2
Rosacea	—	1	1	1	2	3	2	—	2
Seborrhoea oleosa	—	1	1	—	3	3	—	5	5
Striae atrophicae	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Sycosis barbae coccogenes	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Syphilis	—	—	—	9	—	9	5	—	5
Trichophyton corporis	1	1	2	12	1	13	1	3	4
Trichorrhexis nodos. capill.	—	1	1	—	1	1	—	—	—
Trichorrhexis nodos. pubis	—	—	—	2	1	3	—	—	—
Tuberculosis verrucosa cut.	—	1	1	1	—	1	—	—	—
Tuberculides Darier	—	—	—	3	1	4	1	1	2
Ulcus molle	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Ulcera tuberculosa	—	—	—	3	1	4	2	—	2
Urticaria	1	1	2	7	—	7	—	—	—
Verrucae sebaceae	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Verrucae plan. juven.	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Verrucae vulgares	2	—	2	3	—	3	3	5	8
Vitiligo	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Summa	113	44	157	265	115	380	161	98	259

Die Zahl der Erkrankungen war also jedes Jahr ungefähr mit einem Drittel gröſser, als die der Kranken; d. h. es wandte sich im Durchschnitt jeder dritte Kranke mit zweierlei Dermatosen an mich. Am häufigsten war die Kombination von Akne mit Pityriasis (seborrhoea sicca) capitis, sowie das gleichzeitige Vorhandensein der letzteren mit feinschuppenden Formen des seborrhoischen Ekzems, deren ätiologische Verwandtschaft schon Unna betont hatte. Es kamen natürlich auch noch andere Dermatosen gleichzeitig bei derselben Person vor, was aber sehr oft als accidentelles Zusammentreffen gedeutet werden muſste.

Wenn wir die Zahl der Hauterkrankungen beider Geschlechter vergleichen, so ergibt sich vor allem das Resultat, daſs die Mäner häufiger von Dermatosen befallen waren als die Frauen. Selbst wenn wir auf den Umstand Rücksicht nehmen, daſs überhaupt mehr Männer als Frauen im Sanatorium gepflegt wurden, wird das Verhältnis der Zahlenunterschiede nicht ausgeglichen. Es waren nämlich im Durchschnitt ungefähr drei Fünftel der gesamten Lungenkranken Männer und zwei Fünftel Frauen, während die Zahl der Hauterkrankungen mehr als zweimal so groſs bei den Männern als bei den Frauen war.

Aus der Tabelle geht also hervor, daſs die mit Lungentuberkulose behafteten Personen eine auſserordentliche Empfindlichkeit der Haut besitzen, welche bei den Männern bedeutend gröſser ist, als bei den Frauen. Dieser überraschende Umstand — nämlich daſs die Haut lungenkranker Männer empfindlicher ist als die der Frauen — konnte mit solcher Regelmäſsigkeit konstatiert werden, daſs er unmöglich als reiner Zufall aufzufassen war, sondern tieferliegende Gründe haben muſste.

Dieses abweichende Verhalten der Haut tuberkulöser Männer einerseits und tuberkulöser Weiber andererseits wird noch auffallender, wenn wir, anstatt den Gesamtziffern, die Zahlenverhältnisse der einzelnen Erkrankungsformen in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen. Es stellt sich dann heraus, daſs es eine ganze Reihe von Dermatosen gibt, welche die an Lungentuberkulose leidenden Männer viel häufiger befallen, wie die Frauen. Aus meinen Beobachtungen geht hervor, daſs folgende Hautkrankheiten bei Männern viel öfter zu verzeichnen waren als bei Frauen:

Akne vulgaris	54	Männer,	24	Frauen	während der ganzen Beobachtungszeit von $2^1/_2$ Jahren.
Dermatitis arteficialis	35	„	8	„	
Ekzema	16	„	2	„	
Ekzema seborrhoicum	41	„	19	„	
Erythrasma	39	„	2	„	
Folliculitis	16	„	2	„	
Pityriasis versicolor .	67	„	32	„	
Pruritus univ. et part.	49	„	10	„	

Diese verschiedenartigen Krankheiten können in drei Gruppen geordnet werden. Die Akne, das seborrhoische (vielleicht auch das gewöhnliche) Ekzem, das Erythrasma, die Folliculitis und Pityriasis versicolor gehören zu den parasitären (teils mikrobiellen, teils hyphomykotischen) Erkrankungen. Die Dermatitis arteficialis und manche Formen des Ekzems zu den durch mechanische oder chemische Reize verursachten Dermatosen, während der Pruritus zu den Hautveränderungen nervösen Ursprunges, den Sensibilitätsstörungen angehört. Diesen Umstand festzustellen ist deswegen von Wichtigkeit, weil daraus hervorgeht, dafs die Haut lungenkranker Männer sowohl für parasitäre, wie physikalische und chemische Reizen empfänglicher ist, und zu nervösen Störungen gröfsere Neigung besitzt, als die Haut lungenkranker Frauen.

Diese unzweifelhafte Tatsache ist das wichtigste Ergebnis unserer Statistik.

Worin sollen wir nun die Ursache dieser Empfindlichkeitsunterschiede der Haut tuberkulöser Männer und Frauen suchen? Eine stärkere Entwicklung der Haarbälge und der Talgdrüsen bei den Männern spielt sicher eine bedeutende Rolle; doch kann dieser Umstand nur zur Erklärung der Häufigkeit follikulärer, parasitärer Hauterkrankungen herbeigezogen werden. Wie erklären wir uns aber z. B. das auffallend häufigere Vorkommen der artifiziellen Dermatitiden oder des nervösen Pruritus bei Männern? Offenbar genügt zur Erklärung dieser Tatsachen der Hinweis auf die eben erwähnten anatomischen Unterschiede nicht. Hier müssen wir wieder einmal die Hypothese von der Herabsetzung der sogenannten „Widerstandsfähigkeit“ der Haut zur Hilfe rufen, welche bei den an Tuberkulose leidenden Männern bedeutender zu sein scheint, als bei tuberkulösen Frauen. Damit ist eigentlich ja auch nicht viel gesagt, wir müssen uns eben vorläufig mit der Feststellung der Tatsachen zufrieden geben.

Was nun die klinischen Erscheinungsformen und das besonders häufige Auftreten gewisser Hauterkrankungen anbelangt, möchte ich meine Beobachtungen noch mit einigen Bemerkungen erläutern.

Das die Pilze der Pityriasis versicolor auf der Haut tuberkulöser Personen mit besonderer Vorliebe gedeihen, ist eine den Klinikern längst bekannte Tatsache. Die typische Erscheinungsform der Pityriasis versicolor bietet sicherlich keinerlei diagnostische Schwierigkeiten. Es gibt aber neben den gewöhnlichen, gelben oder braunen, nicht schuppenden, jedoch mit dem Nagel leicht abzukratzenden Flecken der Pityriasis versicolor noch ein anderes Krankheitsbild, bei welchem die klinische Diagnose nicht immer so leicht zu stellen ist.

Es geschieht nämlich oft, dafs sich das typische Aussehen unter Anwendung der nassen Kreuzbinde, anderer Kaltwasserprozeduren oder lokaler

antiparasitärer Behandlungen verändert, indem sich diejenigen Hautpartien, wo sich die Ansiedlungen des Pilzrasens befinden, in feinschuppende, mattrote, scharfkonturierte Plaques umwandeln. In Fällen, wo sich diese Veränderung vor unseren Augen abspielt und als ein Reizzustand der befallenen Hautpartien zu deuten ist, stehen wir keinem besonderen pathologischen Problem gegenüber. Es gibt aber sicher Fälle, bei welchen den eben geschilderten sekundären Veränderungen vollkommen entsprechende Plaques primär auf dem Stamm auftreten, welche je nach Ausbreitung, Gröſse und Zahl der Effloreszenzen teils gewissen Formen des seborrhoischen Ekzems, teils der Pityriasis rosea GIBERT oder der Trichophytie ganz ähnlich sehen, mit diesen Erkrankungen aber doch nicht zu identifizieren sind. Anfangs habe ich auf Grund jener Erfahrung, daſs die typische Pityriasis versicolor auf der sehr empfindlichen Haut tuberkulöser Personen unter Einfluſs der relativ irritierenden Behandlungen dieses Aussehen annehmen kann, alle diese Fälle zur Pityriasis versicolor gereiht. Nur später, als ich konstatieren konnte, daſs diese mattroten, feinschuppenden Flecken auch primär auftreten, und auch bei der in einigen Fällen unternommenen mikroskopischen Untersuchung das Mikrosporon furfur nicht nachzuweisen war, habe ich diese Fälle ausgeschieden und in die Rubrik des „Ekzema seborrhoicum und verwandte Dermatosen" gereiht. Auf die eventuellen klinischen, diagnostischen Schwierigkeiten bei solchen Fällen hat schon BESNIER in den Notizen zu der Übersetzung des KAPOSIschen Lehrbuches hingewiesen. Leider konnte ich keine genaueren mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen unternehmen, um die eventuelle parasitäre Natur dieser Veränderung festzustellen. Soviel steht aber fest, daſs sie sowohl vom typischen seborrhoischen Ekzem, wie auch von der Trichophytie und Pityriasis rosea abweicht. Von dem ersteren unterscheidet sie sich besonders bezüglich der Lokalisation, da sie zumeist am Bauch, an der seitlichen Thoraxwand und der Lendengegend vorzukommen pflegt, oft in einer Anordnung, welche den Spaltungslinien der Haut entspricht, wie die Effloreszenzen der Pityriasis rosea, während die Lieblingslokalisation des Ekzema seborrhoicum die Regio sternalis und interscapularis zu sein pflegt. Von der Trichophytie weicht sie durch das Fehlen der spontanen Heilungstendenz ab, die man an den Plaques der Trichophytie, vom Zentrum gegen die Peripherie schreitend, fast immer beobachten kann, sowie durch stärkere Schuppung, absolutes Fehlen von Bläschen und ausgesprochenere entzündliche Röte. Von der Pityriasis rosea GIBERT unterscheidet sie sich nicht nur durch die zumeist viel spärlichere Zahl der Effloreszenzen, sondern auch durch ihren chronischen Verlauf. Ich muſste mich also begnügen, in Ermangelung einer exakteren Diagnose, diese zweifelhaften Fälle unter den Namen des seborrhoischen Ekzems und verwandte Dermatosen zusammenzufassen.

Bemerkenswert ist auch das häufige Auftreten von Sensibilitätsstörungen der Haut in Form von mehr oder weniger ausgebreitetem Jucken ohne irgendwelchen anatomischen Veränderungen. Zumeist tritt dieser Pruritus an den unteren Extremitäten, häufig auch am Stamm, seltener in universeller Ausbreitung auf. Die Pathogenese dieses Hautjuckens bei tuberkulösen Individuen ist ebensowenig aufgeklärt, wie diejenige ähnlicher Pruritiden, welche sich manchmal zu verschiedenen Konstitutionskrankheiten oder Organerkrankungen (Diabetes, Nephritis usw.) gesellen. Wahrscheinlich spielen hier Intoxikationsvorgänge eine Rolle, doch will ich mich nicht auf das Gebiet der Hypothesen verirren. Da, wie schon oben erwähnt wurde, auch diese Sensibilitätsstörung bei Männern viel häufiger vorkommt als bei Frauen, wäre es sicher sehr interessant, festzustellen, ob die tuberkulösen Männer auch zu anderen nervösen Erscheinungen gröfsere Neigung haben als die Frauen.

Als besonders beachtenswerten Umstand mufs ich noch das relativ häufige Vorkommen von Syphilis bei den im Sanatorium gepflegten Kranken hervorheben. Im Jahre 1903 habe ich unter 195 hautkranken Männern neunmal, im Jahre 1904 unter 123 fünfmal verschiedene Formen der Syphilis gefunden. Diese Zahlen entsprechen in beiden Jahren ungefähr 4% der männlichen Kranken. Es wäre sicher überflüssig, an dieser Stelle näher darauf einzugehen, wie wichtig eben unter diesen Umständen die besonders aufmerksame Pflege und Überwachung der Kranken ist. Es ist ja eine allgemein bekannte Tatsache, wie ungünstig eine syphilitische Infektion auf den tuberkulösen Organismus wirken kann, und umgekehrt, wie die Tuberkulose oft den Verlauf der Syphilis schwerer gestaltet. Aber nicht nur das persönliche Interesse der an Syphilis erkrankten tuberkulösen Personen drängt uns zur aufmerksamsten Überwachung und peinlichsten Sorgfalt, sondern das Wohl aller Sanatoriumskranken, um eine Übertragung der Syphilis zwischen den gesellschaftlich zusammenlebenden Kranken nach Möglichkeit zu verhüten.

Fälle von echter Hauttuberkulose (Lupus, Tuberculosis verrucosa cutis usw.) und Hauttuberkulide waren unter den Pfleglingen des Sanatoriums nur ausnahmsweise zu beobachten. Es ist dieser Umstand auch leicht verständlich, wenn man berücksichtigt, dafs die Zahl der tuberkulösen Erkrankungen der Haut im Verhältnis zur Zahl der an Lungentuberkulose Leidenden an und für sich eine viel geringere ist, und dafs sich die Hauttuberkulosen oder die Tuberkulide sehr oft nicht einmal zur Lungentuberkulose gesellen, sondern entweder primär, ohne anderweitige tuberkulöse Erkrankungen des Organismus, als äufsere Infektion (Lupus, Tuberculosis verrucosa) auftreten, oder sich den tuberkulösen Erkrankungen der Drüsen oder Knochen (Tuberkulide, Skrophuloderma) anschliefsen. Die Fälle aber, bei welchen tuberkulöse Erkrankungen der

Haut infolge der Lungenschwindsucht auftreten, befinden sich zumeist im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, wo die Sanatoriumsbehandlung nicht mehr viel zu leisten vermag. Darum werden ja zumeist nur solche Kranke aufgenommen, bei welchen von einer Sanatoriumsbehandlung noch Erfolg zu erwarten ist, d. h. Kranke, die sich im ersten oder höchstens zweiten Stadium befinden, wo also der tuberkulöse Prozeſs ziemlich umschrieben ist und weder hochgradige lokale, noch allgemeine Veränderungen hervorgerufen hat.

(Aus dem Laboratorium von Dr. Meirowsky-Graudenz.)

Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmentes.

Von

Dr. med. vet. W. Hellmich-Graudenz,
Tierarzt.

Mit einer Tafel.

Über die Entstehung des melanotischen Pigmentes herrschten von jeher verschiedene Anschauungen. Während ältere Forscher (z. B. G. Simon [1]) der Meinung gewesen waren, daſs das Pigment der Oberhautgebilde „von dunklen Kernen der innersten Schicht der Oberhaut herrühre“, stand v. Kölliker (2) 1860 auf dem Standpunkt, daſs das Oberhautpigment nicht in der Oberhaut selbst gebildet werde, sondern in der Cutis und daſs es von dort nach der Epidermis transportiert wird.

Im Jahre 1885 nahm Aeby (3) auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen hierüber denselben Standpunkt ein wie v. Kölliker. Nach ihm sollen es Wanderzellen sein, die das Pigment aus dem Corium nach der Stachelschicht tragen und dort deponieren, während die Epidermis zur Pigmentbildung nicht fähig sein soll.

Nach dieser Publikation Aebys beschäftigte man sich wieder mehr mit dieser Frage und eine Anzahl Forscher wurden zu neuen Untersuchungen angeregt. Zur selben Zeit hatte Riehl (4) Untersuchungen des Pigmentes im Haar angestellt und gefunden, daſs das Pigment hier in und unterhalb der Papille an verästelte Wanderzellen gebunden sei, mit denen es in und zwischen die Epithelien gelangen sollte. Riehl beschreibt diese Wanderzellen als „unregelmäſsig gestaltete Zellen mit körnigem und stark pigmentiertem Protoplasma ohne deutlichen Kern.“

Den Ursprung der pigmentführenden Wanderzellen verlegt RIEHL in die Umgebung der Gefäfse; von hier aus sollen sie in die Papille und das Haar selbst einwandern.

EHRMANN (5) brachte Hunden und Meerschweinchen Quetschungen bei und bei der Untersuchung der hier exzidierten Hautpartien fand er, dafs der von den Zellen aufgenommene Blutfarbstoff sich in körniges Pigment umgewandelt hatte. Die Art der Fortschaffung des Pigmentes von der Cutis in die Epidermis studierte er an Amphibienhaut, fernerhin auch an der Haut von Säugetieren und Menschen. Er fand, dafs das Pigment durch eine Art Eigenbewegung in besondere sternförmige Zellen der Papillen gelangt, die sich zwischen die Epithelien hinein erstrecken, in die Oberhaut hineinströmt und dort von den Epithelzellen aufgenommen wird. Auf Seite 65 sagt er:

„Die an der Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel liegenden verzweigten Zellen beziehen mit ihren beweglichen Ausläufern das Pigment aus den pigmentierten Zellen im Bindegewebe. Die nach aufwärts gerichteten verzweigten Fortsätze derselben übergehen in die pigmentierten Streifen, welche in der Rindenschicht der Epithelzellen verlaufen und in der Kuppe der Zellen zu einem Pigmenthäufchen zusammenfliefsen."

EHRMANN nimmt also nicht eine Wanderung von pigmentierten Wanderzellen aus der Cutis in die Epidermis an. Nach EHRMANN gibt es also nicht eine Pigmentzellenwanderung, wie RIEHL und AEBY annahmen, sondern nur ein Einströmen des Pigmentes in die Oberhaut auf anatomisch vorgebildetem Wege. Dafs das gesamte Oberhautpigment in der Cutis gebildet wird, schlofs EHRMANN teils aus den Beobachtungen an der Froschhaut, wo die Pigmentabgabe von den Pigmentzellen der Cutis an die Pigmentzellen der Oberhaut gut zu sehen ist, teils daraus, dafs bei massenhafter Pigmentierung der Epidermis immer auch die Cutis einzelne Pigmentzellen enthält. Den Grund der massenhaften Ansammlung des Pigmentes in der Oberhaut sieht er in der Hornschicht. Ohne die Hornschicht würde das kontinuierlich aufwärtswandernde Pigment schnell abgestofsen werden.

NOTHNAGEL (6) stellt sich betreffs der Entstehung des Oberhautpigmentes auf die Seite EHRMANNS, RIEHLS und AEBYS.

KARG (7) transplantierte die Haut eines Weifsen auf einen Neger und umgekehrt. Hierbei fand er, dafs im ersten Falle die transplantierte weifse Haut bald ganz schwarz wurde, während bei der Transplantation schwarzer Haut auf weifse erstere allmählich ihr Pigment einbüfste. Aus seinen Untersuchungen folgerte er, dafs die weifse Haut dadurch schwarz wurde, dafs zunächst das intercelluläre Kanalsystem des Epithels von schwarzen Fäden durchzogen wurde, die er nach EHRMANN für Ausläufer von Zellen hielt, welche an der Grenze von Oberhaut und Cutis lagen. Erst später

sammelte sich das Pigment in den Epithelzellen an. Die Pigmentzellen der Cutis hatten keine Ausläufer. Die Depigmentation der schwarzen auf einen Weifsen transplantierten Haut erfolgte in der Weise, dafs, da übereinstimmend mit EHRMANNS Theorie der Nachschub von Pigment aus der Cutis ausblieb, zuerst die Stachelschicht ihr Pigment verlor, während die Hornschicht noch längere Zeit Pigment behielt.

Betreffs der Art der Pigmentübertragung ist KARG derselben Ansicht wie RIEHL und AEBY, er hält also an der Theorie der Wanderzellen fest. Einen Teil dieser „Chromatophoren" hält er für Wanderzellen, einen andern Teil für beweglich gewordene Bindegewebszellen.

Besonders erwähnenswert sind noch die Arbeiten v. KÖLLIKERS (8) über die Pigmententstehung. Er untersuchte Haare und Epidermis des Menschen, Rindes, Hirsches, Dromedars und des Gorillas. Im Haar des Menschen, dem Federkeim des Huhnes und der Oberhaut von Dromedar und Gorilla fand er Chromatophoren an der Grenze von Cutis und Stachelschicht. Dagegen war es v. KÖLLIKER damals nicht möglich, solche in der menschlichen Epidermis nachzuweisen. Wie alle andern Histologen vor ihm fand er dagegen im Corium in der Nähe der Epidermis rundliche, kleine pigmentierte Bindegewebszellen.

In einer zweiten Arbeit (9) sagt dieser Autor wörtlich: „Immer und ohne Ausnahme liegen die pigmentierten Bindegewebszellen nur in den tiefsten Lagen der Keim- oder MALPIGHIschen Schicht, und wenn ein Epidermisgebilde in seiner ganzen Länge oder Dicke gefärbt ist, so haben die äufseren Elemente ihren Farbstoff nicht in loco, sondern zu der Zeit erhalten, wo sie noch der Lederhaut nahe lagen."

„In physiologischer Beziehung verdient am meisten Beachtung, dafs die Bildung des Pigmentes vorwiegend an Elemente des mittleren Keimblattes gebunden erscheint und nicht an Elemente der Oberhautgebilde. Ob dies infolge einer spezifischen Tätigkeit der Bindesubstanzzellen geschieht oder infolge näherer Beziehung derselben zu den Blutgefäfsen und ihren Transsudaten steht vorläufig dahin. Wenn man jedoch bedenkt, dafs die Bindesubstanzzellen der Cutis alle untereinander anastomosieren und somit auch mit denen der Adventitia der Gefäfse in Verbindung stehen, so erscheint für einmal die letztere Hypothese als die wahrscheinlichere."

Auch an pigmentierten Naevi, also pathologischen Oberhautgebilden, stellte v. KÖLLIKER dieselbe Art der Pigmentbildung fest wie an der normalen Oberhaut.

Aus einer dritten, gröfseren und mit zahlreichen Abbildungen versehenen Arbeit v. KÖLLIKERS (10) geht hervor, dafs er an seiner bereits 1860 aufgestellten Hypothese, dafs alle verästelten Pigmentzellen der Oberhautgebilde eingewanderte Bindegewebszellen seien, festhält.

Abweichend von den genannten Autoren sprach PHILIPPSON (11) auf Grund seiner Untersuchungen an der Oberhaut des Menschen und verschiedener Säugetiere sowie der Haut des Frosches die Ansicht aus, daſs wahrscheinlich die EHRLICHschen Mastzellen die Träger des Pigmentes seien.

Über die Art der angeblichen Pigmentübertragung aus der Cutis in die Oberhaut sagt P. G. UNNA (12) wörtlich:

„Uneinigkeit herrscht noch zunächst über die Kräfte, welche das Pigment aufwärts befördern. Merkwürdigerweise ist die einfachste Kraft, nämlich die des Lymphstromes selbst, fast gar nicht in Anspruch genommen worden, und doch hat man eigentlich nichts weiter nötig, um alle von den Autoren gezeichneten Bilder zu verstehen. Wenn Pigmentkörner mittels des Saftstromes in das Epithel geschwemmt werden, so müssen sie des Strombettes wegen zwischen den untersten Epithelien dunkle, den Nervenfäden dichtanliegende Pigmentfäden bilden (EHRMANN, KARG), welche oberhalb der ersten Epithelreihe sich verzweigen und reich verästelte Figuren darstellen. Die Verästelung alles dessen, was in die Epithellymphbahnen hineinkriecht (Fett, Injektionsmasse, Wanderzellen) ist seit langer Zeit bekannt, die reich verästelten Wanderzellen in der oberen Stachelschicht haben ja viele Forscher verführt, denselben eigene nervöse Funktionen zuzutrauen. Heute liegt wieder die Gefahr nahe, den Pigmentausgüssen der epithelialen Lymphwege mehr Bedeutung zuzumessen, als ihnen an und für sich zukommt. Konstatieren wir daher zunächst, daſs der einfache Lymphstrom, wenn er reichlich Pigment führt, alle Bilder unserer Autoren erklären kann, selbst das Bild einer in der Cutis liegenden Zelle, welche polypenartig Äste in das Epithel hineinsenkt, denn diese Äste können zu unterst Protoplasma sein, dem sich weiter oben unorganisierte Pigmentausgüsse anschlieſsen. Alle Berichte von Zellenarmen, die sich ungemein weit in das Epithel hinein erstrecken (EHRMANN, v. KÖLLIKER) sind aber auf diese Weise zu erklären."

Eine von den Theorien der andern Autoren abweichende stellte aber EHRMANN (13) auf. Auf Grund seiner umfangreichen Untersuchungen an Amphibien kommt er zu dem Schluſs, daſs die Pigmentzellen während der Embryonalzeit aus bestimmten Stellen des Mesenchyms gebildet werden und in die Epidermis einwandern. Diese Zellen nennt er Melanoblasten. Die von JARISCH (14) und KODIS (15) dagegen aufgestellte Behauptung, daſs bei Batrachiern das Pigment zuerst in der Epidermis auftrete, widerlegte er ganz richtig durch den Hinweis, daſs bereits die Eier dieser Tiere mit Pigment beladen seien, ein primäres Vorhandensein von Pigment aber keine Neubildung beweise. Dagegen hat vor kurzer Zeit D. EVANT (16) bei Aplysia bewiesen, daſs hier die Epidermis als primäre Bildungsstätte des Pigments anzusehen ist. Die Embryonen dieser Tiere sind nämlich

farblos, während bei den erwachsenen Tieren nur in der Oberhaut Pigment vorkommt.

Ganz im Gegensatz zu diesen Autoren gibt es eine Reihe von Forschern, die auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Resultat gekommen sind, dafs das Oberhautpigment in der Oberhaut selbst gebildet wird. RETTERER (17) untersuchte die Haut der Embryonen von Pferden und Eseln und fand hier autochthone Pigmentbildung in den Epidermiszellen und den Zellen der Haarmatrix.

GARCIA (18) wies nach, dafs bei Menschenembryonen die erste Pigmentierung des Haares rein epithelial in den Zellen der Haarmatrix erfolgt.

JARISCH (19) untersuchte die Schnurr- und Körperhaare von Katzen und Mäusen. Er fand die Haarpapille stets frei von Pigment.

CASPARY (20) fand in der pigmentierten Haut der Brustwarze und des Randes der Achselhöhle das Pigment nur in den basalen Zellen.

KAPOSI (21) sprach in seinem Vortrage auf dem X. internationalen medizinischen Kongrefs die Ansicht aus, dafs man bei vielen Pigmentierungsvorgängen die basalen Retezellen als Bildungsstätte des Pigments ansehen müsse.

SCHWALBE (22), früher ein Anhänger der Theorie von der Abstammung des Oberhautpigmentes aus Cutisgebilden, untersuchte den Haarwechsel winterweifser Tiere. Während er die Haut dieser Tiere im Winter vollständig pigmentfrei fand, sah er im Sommer bei der Neubildung der Haare in diesen das Pigment ohne irgendwelche Beteiligung der Cutis auftreten.

BLASCHKO (23) konstatiert, dafs in den Sohlenballen schwarz-weifsgefleckter Katzen das erste Pigment in verzweigten Zellen auftritt, die zwischen den basalen Zellen der Stachelschicht gelegen sind.

PLUSCHKOW (24) kommt auf Grund seiner Untersuchungen an der Haut und den Haaren von Säugetieren zu dem Schlufs, dafs die Pigmentbildung zuerst in den Epithelzellen auftritt.

MERTSCHING (25) versucht die Herkunft des Epidermispigmentes aus dem Kern zu beweisen. Er sagt (Seite 26): „Das Pigment des Haares wird im Haare selbst gebildet, es verdankt seinen direkten Ursprung weder dem Blute, noch dem Bindegewebe, aus welchem es durch Wanderzellen ins Epithel gelangen soll; es ist eben ein Produkt der Haarzellen selbst und liegt nicht intercellulär, sondern intracellulär. Es sondert sich zunächst an der Peripherie des Kernes ab, den es auf dicken Schnitten häufig verdeckt; an Schnitten aber von 1 : 200 mm, höchstens 1 : 100 mm Dicke sieht man ganz deutlich die circumnukleäre Ablagerung des Pigments.

Wie im menschlichen Haar verhält sich auch das Pigment an der

menschlichen Oberhaut, auch hier stammt es von den Kernen der Epithelzellen ab; von pigmentierten Wanderzellen ist auch hier nicht eine Spur wahrnehmbar, nicht einmal an Negerhaut, bei der das Pigment auch erst in den Kernen der Oberhautzellen sichtbar wird." Weiterhin behauptet MERTSCHING auf Grund seiner Untersuchungen an der Oberhaut von Fröschen: „An meinen Schnitten tritt das Epidermispigment der Froschhaut zuerst im Kern der Basalzellen auf als kleine schwarze Körnchen, die sich bei einem gewissen Fokalabstande der Linse vom Objekt jedesmal in die Farbe des jeweiligen Kernfärbungsmittels aufhellen; bei dieser Einstellung wird man kaum Bedenken tragen, sie für chromatinhaltige Nukleolen auszugeben. Schon in der nächsten Zellenreihe treten dieselben in den Kernen zahlreicher auf; in der dritten bilden sie bereits jene oft beschriebene Kappenform um den Kern herum auf der vom Bindegewebe abgewandten Hälfte, ein Umstand, der bereits als Beweis für die ektodermale Entstehung des Pigments häufig angewandt worden ist, noch angewendet wird und lebhaft an den Prozeſs des Kernzerfalls erinnert, wie er bei der Keratohyalinbildung in menschlicher Oberhaut und menschlichem Haar vor sich geht. In den beiden obersten Lagen von Querschnitten-Froschepidermis ist der Kern scheinbar ganz zerfallen, gestreckt und in Pigmentkörnchen aufgelöst."

POST (26) untersuchte die normale und pathologisch veränderte Haut von Weiſsen und Negern, embryonale Kopfhaut, Meerschweinchenhaut und Haare, die Haut von Katzen, Hunden und schwarzbefiederten Tauben. Auf Seite 26 finden wir folgenden Wortlaut: „Überblicken wir die Resultate unserer Untersuchungen, so dürfen wir behaupten:

I. Das Pigment der Oberhautgebilde entsteht im Protoplasma von Oberhautzellen in Form kleiner Stäbchen.

II. Verzweigte Pigmentzellen entwickeln sich in der Oberhaut aus gewöhnlichen Oberhautzellen und führen in Feder und Haar ihr Pigment in die verhornenden Zellen dieser Gebilde über.

III. Wo verzweigte Pigmentzellen in der Oberhaut auftreten, fehlen häufig pigmentierte Bindegewebszellen.

IV. Die basalen Retezellen haben die Funktion Pigment zu bilden.

V. Pigment kann aus dem Epithel in das Bindegewebe übertreten.

VI. Pigment findet sich im Bindegewebe, ohne daſs das zugehörige Epithel pigmentiert ist."

GRUND (27) rasierte die Haut von Kaninchen und setzte diese Tiere teils der Einwirkung des Sonnenlichtes, teils der der Röntgenstrahlen aus. Hierbei fand er starke Pigmentbildung in der Oberhaut, während die Cutis stets vollständig pigmentfrei blieb. Er sagt wörtlich:

„Ich komme also zu dem Schluſs, daſs im vorliegenden Falle eine Bildung von Pigment durch von auſsen in die Epidermis eingedrungene

Elemente nicht stattfindet, daſs somit die Pigmentbildung eine der Epidermis als solcher innewohnende Eigenschaft sein muſs."

GRUND war somit einer der ersten Forscher, die auf experimentellem Wege die Pigmentbildung in der Oberhaut selbst nachzuweisen suchten.

R. HERTWIG (28) untersuchte das Wechselverhältnis zwischen Kern und Protoplasma am Actinosphaerium Eichhorni. Nach HERTWIGS Anschauung findet normalerweise eine bestimmte Korrelation von Kern und Protoplasma statt, die er als „Kernplasmarelation" bezeichnet. Dadurch, daſs der Kern Teilchen des Protoplasmas aufnimmt, nimmt er auf Kosten desselben an Gröſse zu: „funktionelles Wachstum des Kerns." Unter abnormen Verhältnissen (Überernährung, Hunger, Encystierung, abnorme Temperatur) wird der Kern infolge allzureichlicher Aufnahme von Teilchen des Protoplasmas hypertrophisch, worauf dann durch allmähliche Abgabe von Stoffen an das Protoplasma das normale Massenverhältnis zwischen Kern und Plasma wiederhergestellt wird. Die aus dem Kern ausgetretenen Kernbestandteile nennt HERTWIG Chromidien; diese verwandeln sich unter den obengenannten pathologischen Bedingungen in Pigment. Letzteres sammelt sich in der Peripherie des Tieres an, bisweilen kommt es sogar zu einem Austritt von Pigment und benachbarter Protoplasmateilchen.

Besonders beachtenswert und für die Lösung der Pigmentfrage von hohem Werte sind die Untersuchungen RÖSSLES (29), welcher auf Veranlassung HERTWIGS die Pigmentierung im Melanosarkom untersuchte. Er fand hier für die Pigmententstehung die gleichen Verhältnisse vorliegend wie bei normalen Objekten. Diese Melanosarkomzellen, deren Gröſse die Untersuchung erleichterte, zeigten ein ganz eigentümliches Verhalten. Während nämlich die pigmentfreien Rundzellen fast ausschlieſslich nur ein oder höchstens zwei kleine Kernkörperchen besaſsen, wiesen die in der Pigmentbildung begriffenen Spindel- und Rundzellen eine deutlich sichtbare Überproduktion von Nukleolarsubstanz auf. Über diese Veränderung der Kernkörperchensubstanz sagt der Autor wörtlich:

„Daſs eine sehr lebhafte Umbildung und Verarbeitung von Zellensubstanzen im Gange war, bewiesen die zahlreichen Veränderungen der übergroſsen Nukleoli, Veränderungen, wie sie jüngst ROHDE wieder beschrieben und wie sie ALBRECHT experimentell erzeugt hat: Abschnürungen von Tröpfchen, Bildungen von Ketten- und Flaschenformen und von vakuolenartigen Aufhellungen an den Kernkörperchen. Das Bemerkenswerteste bleibt aber der Austritt von Nukleolarsubstanz aus dem Kern und die Umbildung derselben im Protoplasma zum Pigment."

RÖSSLE hat damit den Ursprung des Pigments aus der Substanz der Kernkörperchen bewiesen, ein Befund, den STAFFEL (30) bei seinen Unter-

suchungen an normaler und pathologisch veränderter Haut (junge Chanchitos und Tritonen, Schwanz der Froschlarve, Naevi, Acanthosis nigrans, Xeroderma pigmentosum usw.) vollkommen bestätigt fand.

Unabhängig von den beiden letztgenannten Autoren ist Meirowsky (31) auf experimentellem Wege zu demselben Resultat gekommen. Während Grund auf dem Rücken rasierte Kaninchen dem Sonnenlicht aussetzte und dadurch eine intensive Pigmentierung der Epidermis hervorrief, benutzte dieser Autor hierzu das konzentrierte elektrische Licht der Finsenlampe, das er auf die normale Haut eines brünetten Menschen einwirken ließ. Durch Benutzung dieses an chemischen Strahlen reichen Lichtes wurde die weit schwächere natürliche Lichtquelle umgangen und der Vorgang der Pigmentbildung auf den kurzen Zeitraum von ein bis zwei Stunden reduziert. Um den Beweis zu liefern, daß der Blutfarbstoff an der Pigmentbildung nach Lichteinwirkung unbeteiligt ist, wandte Meirowsky das Druckglas an, einen Apparat, mit welchem Finsen die bestrahlte Haut zur Verhinderung der Absorption der wirksamen chemischen Strahlen durch das Blut anämisch machte. Über seinen Befund sagt er folgendes:

„Die blasse Hautstelle war unmittelbar nach der Bestrahlung bei einstündiger Dauer derselben leicht gebräunt, bei zweistündiger Dauer dunkelbraun geworden. Diese Tatsache läßt den bestimmten Schluß zu, daß hier eine Pigmentneubildung ohne eine Mitwirkung des Blutfarbstoffes stattgefunden hatte."

In einer zweiten Arbeit (32) kommt dieser Autor zu folgendem Ergebnis:

„1. Durch den Reiz, den das Licht auf die Epithelzellen ausübt, vermehrt sich die Substanz der Kernkörperchen; diese treten in das Protoplasma aus und verwandeln sich hier in Pigmentkörper, die in feine Pigmentkörnchen zerfallen und entweder an den Rand der Zelle wandern oder sich um den dem Licht zugekehrten Pol des Kerns ansammeln.

2. Durch die Wirkung des Lichtes verwandelt sich ein Kernkörperchen schon im Kern selbst in eine braune Pigmentkugel, die als solche aus dem Kerne austritt und im Protoplasma in Pigmentkörnchen zerfällt.

3. Es findet eine Höhlenbildung im Kern statt, an deren Wandung Pigmentkörnchen auftreten. Durch Platzen der Wandung einer solchen Höhle entsteht eine kraterförmige Öffnung, aus der das Pigment in das Protoplasma ausströmt.

Nach vollendeter Pigmentbildung findet man im Kern nur ein oder zwei kleine Kernkörperchen."

In einer dritten Arbeit (33) kommt Meirowsky zu demselben Resultat wie in den beiden erstgenannten. Auf die bei länger dauernder Finsenbestrahlung eintretende Nekrose der Epidermis folgt alsbald eine Regeneration derselben, wobei die nekrotisierte Epidermis abgedrängt wird. Die

neugebildete Epidermis ist zunächst pigmentfrei. Da sie aufserdem zu einer bestimmten Zeit hyperkeratotisch ist, die Zellen grofs sind und weit auseinander stehen, lassen sich Studien über den Aufbau des Pigmentes hier leichter als an anderen Objekten machen. In den ersten Stadien der Epidermisneubildung beobachtete Verfasser sowohl in der Cutis als in der Epidermis das Auftreten von pigmentierten Spindelzellen und pigmentierten Leukocyten. Hierüber berichtet er wörtlich:

„Sie liegen hier hauptsächlich in den Lymphspalten und passen diesen ihre Form an; in ihnen verzweigen sich immer nur ihre zarten Ausläufer. Ich habe jedoch keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, dafs diese Zellen ihr Pigment mit Hilfe ihrer Fortsätze an die Epithelzellen abgeben. Ihre Tätigkeit scheint mit ihrem Eindringen in die Epidermis abgeschlossen zu sein. Ihre Zahl ist nicht grofs; jedoch findet man sie ungefähr in der Hälfte aller Präparate. In meinem vierten Beitrag zur Pigmentfrage (34) glaube ich bewiesen zu haben, dafs diese Spindelzellen nicht selbständig ihr Pigment bilden, sondern dafs sie als Ablagerungsdepots für das innerhalb der kleinsten Gefäfse und der Lymphspalten aus Blutfarbstoff gebildete Cutispigment aufzufassen sind. Wir haben es hier also mit Gebilden zu tun, die wir gemäfs ihrer physiologischen Bedeutung als Chromatophoren bezeichnen müfsten. Aufser diesen Spindelzellen dringen, wenn auch in spärlicher Anzahl, Leukocyten in die neugebildete Epidermis ein. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs sie Pigment aus der Epidermis aufnehmen, denn hier und da schienen einige verzweigte, pigmentführende Gebilde in den höheren Zelllagen nicht Spindelzellen, sondern Leukocyten zu sein. Wir beobachten also zunächst das Eindringen von pigmentierten Spindelzellen in die neugebildete Epidermis, bevor diese eine Pigmentierung aus ihren eigenen Gebilden erkennen läfst."

Erst in späteren Stadien der Regeneration sah Verfasser die Entwicklung von mit Fortsätzen versehenen Pigmentzellen aus basalen Zellen der Stachelschicht sowie die Pigmentierung der oberen Lagen derselben. Wie bei direkter Belichtung normaler Haut war auch hier überall die Pigmentbildung auf Umwandlung der Nukleolarsubstanz zurückzuführen. Hierbei beobachtete der Autor noch folgende Eigenschaft derselben: „Kernkörperchenmassen treten nämlich nicht nur aus dem Kern, sondern auch aus der Zelle aus und liegen einzeln oder zu mehreren in den Lymphräumen zwischen den Epithelzellen. Mitunter zeigten diese Massen eine zentrale Vakuole und zerfielen in zwei Hälften, von denen sich jede in ein feines Netz feinster Pigmentkörnchen auflöste. Solche Gebilde schienen mit anderen Kernkörperchenmassen, die dieselbe Umwandlung durchgemacht hatten, in Verbindung zu treten und bildeten schliefslich perlschnurartige Knoten, die als einheitliche Figuren den Lymphraum ausfüllten." Bei der äufserst schwer zu beantwortenden Frage, ob die Nukleolarsubstanz

aktiv oder passiv aus dem Kern austritt, entscheidet sich der Autor für die aktive Beweglichkeit derselben: „Hierfür scheint mir nun noch ganz besonders das Verhalten der Nukleolarsubstanz im Intercellularraum zu sprechen. Wir finden nämlich hier neben groben Körnern längliche Figuren und schliefslich völlige, die Lymphspalte ausfüllende Gebilde und müssen daraus schliefsen, dafs die letzteren bei der Form durch Zusammenfliefsen aus der ersteren entstanden sein müssen. Eine solche Bildung kann aber nur zustande kommen, wenn die Nukleolarsubstanz sich bewegen oder „fliefsen" kann. Den Lymphstrom wird man jedenfalls nicht für die Bildung dieser Figuren verantwortlich machen können, da ja dann das Auftreten der Übergangsbilder von Körnchen zu einer die Lymphspalte ausfüllenden Figur unverständlich sein würde. Nun konnten auch noch kürzere oder längere, gröbere und feinere Fortsätze beobachtet werden, die sich direkt auf ein im Kern oder aufserhalb desselben liegendes pigmentiertes Korn oder auch auf ein Kernkörperchen zurückführen liefsen. Das primäre Pigmentkorn, das nach unserer Auffassung aus der Nukleolarsubstanz entsteht, zeigt also dieselbe Eigenschaft wie die Muttersubstanz: es fliefst und bildet Pigmentfiguren. Dadurch nun, dafs die Fortsätze der echten Pigmentzellen, die Pigmentausgüsse der Lymphspalten und die eben geschilderten Pigmentfiguren miteinander in Verbindung treten, entstehen komplizierte Pigmentfiguren, die sich in die angeführten Komponenten auflösen lassen."

Aufser Jarisch, Mertsching, Hertwig, Rössle, Staffel und Meirowsky fanden auch Leydig (35), Steinhaus (36), Maurer (37), Ajello (38), Rosenstadt (39) und Galeotti (40) Beziehungen des Kernes zur Pigmentbildung. Auf S. 473 sagt letzterer:

„Nun ist es leicht, die vollkommene Analogie dieser mit Fuchsin färbbaren Körnchen mit wirklichen Pigmentkörnchen nachzuweisen. Zu diesem Zweck genügt es, einen Kröten- oder Froschembryo auf die oben angegebene Weise zuzubereiten. Dann kann man sehen, dafs echte Pigmentkörnchen sich in diesen Embryonalzellen in derselben Lage und in denselben Verhältnissen vorfinden, wie die mit Fuchsin gefärbten Körnchen im Embryo des Salamanders. Aufserdem verwandeln sich auch bei eben diesen Embryonen in einem gewissen Alter die fuchsinophilen Körnchen der Epidermiszellen in echtes Pigment. Endlich wird ein anderer, sehr wichtiger Beweis dafür, dafs diese durch Fuchsin gefärbten Körnchen das Resultat der Verdauung des Dotters sind, durch das umgekehrte Mengenverhältnis geliefert, welches im Embryo bis zu einem gewissen Alter zwischen den Dotterelementen und diesen Körnchen besteht, sowie durch die Tatsache, dafs diese Körnchen an den Stellen am reichlichsten vorhanden sind, wo die Unterscheidung der Körnchen des Deutoplasma am weitesten vorgeschritten und am deutlichsten ist.

Auch im Kerne trifft man fast immer solche roten Körnchen an, und das ist natürlich, denn auch in diesen Organen der Zelle muſs eine Assimilations- und Eliminationstätigkeit bestehen, und es ist logisch, anzunehmen, daſs auch im Kern die Elimination in Gestalt eines soliden, körnigen Produktes stattfindet, da sie auf diese Weise im Cytoplasma vor sich geht. Und da sich der Kern von diesen Restprodukten befreien muſs, so ist es natürlich, daſs diese aus dem Kern in das Cytoplasma übergehen. In der Tat erkennt man bei Prüfung der bis jetzt besprochenen Präparate beständig diesen Vorgang an der Stellung der Körnchen innerhalb des Kernes und auſserhalb desselben, denn im allgemeinen sieht man sie in Menge neben der Kernmembran und bisweilen hängen sie derselben an, besonders an gewissen Stellen. Man muſs also eine Auswechslung zwischen Kern und Cytoplasma annehmen. Der erstere muſs (schon die einfache Tatsache seiner Lage in der Mitte des Zellkörpers beweist es) den schon zum Teil zubereiteten Nahrungsstoff aufnehmen und dem Cytoplasma die Produkte seiner metabolischen Tätigkeit zurückerstatten, die unbrauchbaren Reste, welche im allgemeinen von fester Beschaffenheit sind und als Körnchen auftreten."

Weiterhin sagt er auf S. 476 über die Pigmentzellen im Peritoneum und in der Epidermis von Spelerpes:

„Die Pigmentzellen des Peritoneum kann man sehr gut präparieren, wenn man Streifen von der Bauchwand von Spelerpes mit feinen Nadeln auf Korkstückchen befestigt, so daſs die peritoneale Seite nach auſsen liegt, und den Kork in die Fixationsflüssigkeit einlegt. Nach einigen Stunden führt man die gewöhnliche Auswaschung und die Übertragung in Alkohol aus, worauf man mit einer feinen Pinzette die Peritonealplatte ablöst, was sehr leicht ist. Dann behandelt man sie weiter wie einen gewöhnlichen Schnitt. Diese Platte ist, besonders bei jungen Tieren, dünn genug, um auch mit starken Vergröſserungen untersucht zu werden. Ich halte es für unnütz, diese Zellen zu beschreiben, denn es ist schon von anderen geschehen. Ich bemerke nur, daſs um einen gut färbbaren Kern sich Verzweigungen befinden, gebildet aus kleinen, vollkommen gleichförmigen, nebeneinanderliegenden Körnchen. In Fig. 11 stelle ich eine dieser Zellen dar; die wichtigste, darin zu bemerkende Tatsache ist das Vorhandensein kleiner, aus Körnchen bestehender Zweige, welche auf dieselbe Weise angeordnet sind wie die Pigmentkörnchen und von ungefähr derselben Gröſse. Sie besitzen keine eigene Färbung, lassen sich aber intensiv mit Fuchsin färben. An den mit den gewöhnlichen Kernfärbungsmitteln behandelten Präparaten des Peritoneum kommen diese Körnchen nicht zur Erscheinung; nur durch intra vitam ausgeführte Injektionen von stark färbenden Substanzen habe ich sie deutlich machen können.

Es ist unmöglich zu bezweifeln, daſs diese Körnchen Jugendzustände des Pigmentes darstellen: ihre Anordnung, die Übergangsformen, die man

antreffen kann, sprechen deutlich zur Unterstützung dieser Annahme. Ein anderer Beweis dafür ist die Vergleichung mit dem, was ich in bezug auf die Embryonalzellen gesagt habe, sowie die Tatsache, dafs man sie meistens bei jungen Tieren antrifft.

Die Verzweigungen von fuchsinophilen Körnchen sieht man gewöhnlich direkt vom Kerne ausgehen, bisweilen aber auch bilden sie die letzten Endigungen einer aus völlig ausgebildetem Pigment bestehenden Verzweigung. Darum kann ich nicht sagen, in welcher Beziehung diese fuchsinophilen Körnchen zum Kerne stehen und ob sie von ihm herstammen. Das Studium des Kernes, in welchem man bisweilen ähnliche Körnchen sieht, ist in dieser Zelle immer sehr schwer, denn er ist gegewöhnlich von Pigmentkörnchen bedeckt."

Rosenstadt (39) fand an lückenlosen Serienschnitten der Haut von Hund, Katze, Maus, Mensch pigmentierte Epidermiszellen, „ohne dafs Pigmentzellen auf weitere Strecken zu finden waren, so dafs an eine selbständige Bildung von Pigment in den Epidermiszellen gedacht werden mufste, da absolut keine Anhaltspunkte dafür vorhanden waren, dafs das Pigment etwa aus der Cutis in die Epidermis eingewandert wäre". Aufserdem untersuchte dieser Forscher noch Hühnerembryonen, und zwar Serienschnitte vom Schnabel, von Nägeln, Läufen, Zehen. Hier sah er in der Cutis zwischen dem 13. und 14. Tage Pigment auftreten. Dieses Cutispigment ist nach seiner Ansicht nicht an eine bestimmte Zellart gebunden, sondern alle Bindegewebszellen können sich in Pigmentzellen umwandeln. Mit dieser Behauptung steht der Autor im Gegensatz zu Ehrmanns Melanoblastentheorie, wonach die Melanoblasten Zellen sui generis seien, sich also von Anfang an von den gewöhnlichen Bindegewebszellen unterscheiden. —

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Juli 1907.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Dreyer demonstriert Kranke, welche durch **Arseninjektionen** (Acid. arsenicos. 0,8; Acoïn 0,15; Thymol q. s. Aq. destill. ad 40,0) täglich, mit 1/10 Pravazspritze beginnend, alle drei Tage um ein Zehntel steigend, geheilt worden sind. Die Steigerung wird beibehalten, bis die Beeinflussung des Exanthems deutlich ist; dann wird mit derselben Dosis fortgefahren. Es handelt sich um a) Gummi am Scrotum, das unter lokaler Quecksilberbehandlung sich nicht besserte, nach zehn Arseninjektionen über-

heilt war. b) Ein kleinknotiges Syphilid bei einer zwei Jahre alten Lues eines 26jährigen Mannes. Nach 14 Injektionen mit 24 mg As geheilt. c) Sklerose, unter As schnell überhäutet. Intoxikationserscheinungen wurden bisher nicht bemerkt.

Diskussion: HOFFMANN erwähnt, dafs nach POSPELOW schon lange tertiäre Erscheinungen gut durch As + Hg beeinflufst werden wo Jod und Quecksilber alleine nicht wirken.

2. LEDERMANN demonstriert das anatomische Präparat einer **Krebsgeschwulst im Hodensack.**

3. LEDERMANN demonstriert den schon am 2. Februar 1904 hier gezeigten Mann mit **KAPOSIschem Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum.** Unter andauernder Arsenbehandlung ist der Kranke so gebessert, dafs er seiner Arbeit nachgehen kann (vgl. *diese Zeitschrift*, Bd. 38, S. 231).

Diskussion: E. LESSER erwähnt, dafs an dem in der Junisitzung von ihm demonstierten Kranken mit multiplem hämorrhagischen Sarkom inzwischen Tumoren am harten Gaumen hervorgetreten sind, die HOLLÄNDER als so häufiges Vorkommen ansieht.

4. LEDERMANN demonstriert einen Mann, auf dessen Nase ein seit acht Jahren langsam wachsendes **Epitheliom** sich befindet, dessen Ausbreitung, mit zarter Rosanarbe im Zentrum, als schmaler serpiginöser Rand mit Krustenbildung erfolgt. In den letzten Wochen sind zwei Gummata in der Zunge aufgetreten, welche bez. der Diagnose der Nasenaffektion stutzig machten.

Diskussion: LESSER sieht die Nasenveränderung ebenfalls für einen epithelialen Tumor an; HELLER meint, dafs auch, falls die Nase durch Jodkaliumbehandlung heilen sollte, es sich immer noch um ein Epitheliom gehandelt haben könne, denn solche flachen Bildungen würden zuweilen durch Jod günstig beeinflufst.

5. SEEGALL demonstriert eine schon früher, von HOLLSTEIN am 18. November 1906, gezeigte Patientin, welche **blasenförmige Eruptionen** artefiziell an ihren Wangen erzeugte.

Diskussion: FISCHEL hat bei dieser Patientin beobachtet, dafs unter einem Zinkleimverband nie neue Eruptionen hervorkamen, dagegen am freien Rande des Verbandes.

6. HELLER demonstriert einen Mann mit **gruppiertem papulösen Exanthem** an Rumpf und Armen. Nachdem 30 Sublimatinjektionen fast erfolglos geblieben waren, wurde Atoxyl, erst in geringen, dann in grofsen Dosen (vier Injektionen zu 0,4 Atoxyl dreimal wöchentlich) eingespritzt. Unter dieser Therapie hat sich bis jetzt das Exanthem sicher nicht zum Besseren gewendet.

7. HELLER berichtet über das gehäufte Auftreten einer **Blaseneruption** an den Ohren von 22 Schulknaben, die im Alter von 12—14 Jahren in drei Klassen derselben Schule verteilt safsen. Zeit des Auftretens März bis April. Ursache wohl atmosphärische Einflüsse (Sonne). HELLER wählt den Namen Dermatitis pustularis vernalis aurium.

Diskussion: SAALFELDS Mutmafsung, dafs vielleicht pflanzliche Schädigungen (ähnlich der Primeldermatitis) vorlägen, wird mit Hinweis auf die Jahreszeit und die Unbepflanztheit der Spielplätze der Knaben zurückgewiesen. HOFFMANN kennt urtikarielle Ohraffektionen, die sich bis zu Blasenbildung steigern können, als Folge der ersten Sonnenbestrahlung und Feuchtigkeit im frühen Frühjahr beim Baden im Freien.

8. PINKUS bespricht die **Histologie der weifsen Flecke**, die bei universellen Erythrodermien häufig vorkommen. Es handelt sich um eine subkutane, narbige Zusammenziehung mit leichten Veränderungen der elastischen Fasern, Schwund der Entzündungserscheinungen und Verdünnung des Epithels. Die Retezapfen und Haarbälge sind mit ihren unteren freien Enden konzentrisch nach der Mitte zusammengezogen.

9. PINKUS demonstriert ein **Schnurrbarthaar**, das mit seinem Wechsel dunkler und heller Stellen an die **Ringelhaare** der Fälle von KARSCH, LANDOIS und LESSER erinnert. Die hellen Stellen sind durch Luftgehalt in Mark und Rinde hervorgerufen.

10. BRUHNS bespricht seine **Behandlungserfolge der Lues mit Atoxyl**. Fünf Fälle von 19 sind nur mit Atoxyl geheilt, sieben gebessert. Rezidivfreiheit bisher vier Wochen. Bei Angina nach Beendigung einer Hg-Kur wirkte es besser als Hg, das dazwischen wieder einmal gegeben wurde. In einem Falle trat ein miliariaähnliches Exanthem auf und verstärkte sich nach der nächsten Einspritzung. Nach dem Aussetzen des Atoxyls heilte das Exanthem sogar trotz Hg-Anwendung. Das Mittel wirkt, alles in allem, oft sehr günstig, zuweilen dem Quecksilber nur wenig nachstehend. Seitdem aber LESSER einen zweiten Fall von Sehstörungen berichtet hat (Verein für innere Medizin, 1. Juli 1907), hörte B. mit der Atoxylbehandlung auf.

Diskussion: Für LESSER steht die Wirksamkeit ebenfalls außer Frage. Er berichtet einen besonders schweren, seit 1899 andauernd mit schweren Ulcerationen und Verlust des Gaumens verlaufenden Fall, der nur einmal, nach Kalomelbehandlung (im ganzen 0,25 Kalomel), zwei Jahre lang symptomlos blieb. Jetzt ist unter 4 g Atoxyl in sechs Einspritzungen eine sehr erhebliche Besserung des Hautausbruchs und der neuentstandenen Ulceration am Gaumen zustande gekommen; allerdings ist auch eine neue Erscheinung (Periostitis der Tibia) neuaufgetreten. Weiterhin erwähnt er einen dritten Fall von Augenstörungen, der zurzeit in der Augenklinik der Charité beobachtet wird. Er rät daher, nicht mehr als 3 g hintereinander zu geben und in Fällen von Nervenstörungen (seine Patientin war eine Potatrix und litt auch vorher an Neuritis) es zu vermeiden. HOFFMANN empfiehlt, während der Schmierkur ab und zu in längeren Pausen größere Dosen Atoxyl zur Unterstützung der Wirkung zu injizieren. Seine Behandlungsweise (ohne Hg) ist alle zwei Tage 0,5 Atoxyl.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 20. Februar 1907.

EHRMANN stellt vor:

1. einen Mann mit einem flachen Ulcus einer **Tuberculosis miliaris** an der Unterlippe und dem Zahnfleisch. Da derselbe vor Jahren ein Ulcus durum hatte, wurde er auch vielfach antiluetisch behandelt, doch erfolglos. Eine vor zwei Jahren an der Klinik FINGER wegen dieses Geschwüres gemachte Tuberkulininjektion ergab eine positive Reaktion. Jetzt sieht man ein eitrig belegtes Geschwür mit unregelmäßigem Rande und gelben, miliaren Knötchen in dessen Umgebung; die Untersuchung auf Tuberkelbazillen im Geschabe war positiv.

2. zwei Frauen mit **Lichen simplex chronicus**. Bei der ersten sieht man nach Ablauf der hier demonstrierten ekzematösen Erscheinungen die hyperkeratotischen, chagrinlederartig angeordneten Knötchen. Die zweite zeigt in der Mitte eines handtellergroßen, pigmentierten Ekzemrestes eine guldengroße lichenifizierte Stelle. Beide Fälle zeigen deutlich, daß diese Formen nur Übergangsbilder derselben Affektion in verschiedenen Zeitpunkten sind.

NOBL demonstriert:

1. einen talergroßen, seit zwei Jahren an der Stirne eines 30jährigen Mannes bestehenden Krankheitsherd, der in der Mitte flach, leicht eingesunken, fein schuppend ist, während der Rand sich aus deutlich infiltrierten, mit flachen Borken bedeckten Knötchen zusammensetzt. Die Differentialdiagnose spricht eher für einen allerdings nicht typischen **Lupus erythematosus discoides**. Patient wurde vor zwei Jahren an der derma-

tologischen Klinik excochleiert, die Affektion für ein flaches **Epitheliom** gehalten, das immerhin in Betracht zu ziehen ist. Die histologische Untersuchung wird durchgeführt werden.

2. ein **Ekzema mycoticum en plaque** bei einem sechsjährigen Knaben mit zerstreuten kreisrunden, von festen Schuppen bedeckten, meist kronengroßen Herden, die der Psoriasis sehr ähnlich sehen und oft zu dieser Diagnose verleiten.

Diskussion: Leiner weist auf die Unrichtigkeit des Vergleiches solcher Ekzeme mit der von ihm demonstrierten unzweifelhaften Psoriasis hin.

3. eine Spätform von **Lues** mit serpiginös an den Armen und der Lende angeordneten **Tubercula cutanea.** Infektion vor sechs Jahren, bisher unbehandelt.

Oppenheim zeigt eine miliare **Tuberkulose der Schleimhaut** an der Unterlippe und der angrenzenden Wangenschleimhaut. In der Nähe der flachen und an der Lippe rhagadiformen Geschwüre deutliche graue Tuberkelknötchen. Es handelt sich um eine **sputigene Infektion** bei der bestehenden tuberkulösen Infiltratio pulmonum.

Diskussion: Ehrmann: Die tuberkulösen Affektionen der Schleimhäute am Ausgange der Respirationsorgane sind meist sekundärer Natur von der Lunge aus, bisweilen aber primär. Selten sind die Fälle ektogener Infektion wie bei einer Wärterin, die sich mit einer Nadel infizierte, welche vorher in ein bazillenhaltiges Sputum gefallen war.

Finger: Die primäre Tuberkulose der Zunge und Mundschleimhaut verläuft meist torpid, schmerzlos, reicht aber meist mehr in die Tiefe; von diesen Geschwüren bis zum Lupus, der oft ganz oberflächlich ohne luxurierende Granulationen verläuft, gibt es mehrere Übergänge.

Ullmann demonstriert:

1. einen 39jährigen Mann mit einer tumorartigen **Tuberculosis papillomatosa cutis,** darauf wucherndem **Carcinoma** (?) und **Phlebitis nodosa tuberculosa.** Der Patient erkrankte 1894 an einer Hämoptoe. Im Jahre 1902 wurde er bei Professor Mosetig wegen Periproktitis und einer Fistula ani operiert; im Anschluß an die Operationsnarbe entstand allmählich die jetzige Hautaffektion. Dieselbe umgibt den ganzen Anus kraterförmig mit braunvioletten, derben, unregelmäßig höckerigen, vielfach an der Oberfläche papillomatös zerklüfteten Geschwülsten; dieselben breiten sich über das ganze Gesäß bis zu den Trochanteren hin aus und infiltrieren die Haut ziemlich tief. Zwischen ihnen münden viele fistulöse, sinuöse Gänge, aus denen sich dünneitriges Sekret entleert. Von diesen Wucherungen ziehen an der Hinterseite der Oberschenkel, besonders rechts entlang den ektasierten Venen, strangförmige 5—6 mm hohe, braune Konvolute, deren Infiltrat zum Teil nur oberflächlich ist, zum Teil tiefer reicht. Die Venen an den Unterschenkeln sind erweitert, sonst scheinbar unverändert; um die rechte Malleolargegend breitet sich ein ähnliches infiltriertes Konvolut aus. Die Untersuchung eines exzidierten Stückes aus der papillomatösen Wucherung ergab ein Carcinom. Die Wucherung an den Gefäßsträngen dürfte fortlaufend von der Analgegend sich entwickelt haben; weniger wahrscheinlich ist eine disseminierte Metastasenbildung. Ein solcher Zusammenhang von Tuberkulose und Carcinom wurde früher von der Wiener Schule geleugnet; doch sind von Zenker u. a. vielfache ähnliche Beobachtungen bei Tuberkulosis laryngis, recti usw. Lupus beschrieben.

Diskussion: Ehrmann ist auf Grund des eingestellten Präparates nicht überzeugt, daß es sich um Carcinom handelt, da es wohl eine Epithelwucherung, aber keine atypische zeigt.

2. bei einem 16jährigen Manne **Lichen ruber planus** am Skrotum, kombiniert mit zwei talergroßen Plaques von **Lichen ruber verrucosus** am Malleolus int. sin.

NEUGEBAUER (Ambulatorium OPPENHEIM) zeigt eine **Sklerose der rechten Mamilla** mit lokaler Drüsenschwellung in der rechten Axilla und Exanthem. Ätiologie der Infektion unbekannt.

SCHERBER (Klinik FINGER) stellt vor:

1. ein achtjähriges Mädchen mit **Lichen scrofulosorum;** nach 0,0006 Alt-Tuberkulin Fieber von 38° und auch Lokalreaktion, indem nicht nur die alten Knötchen am Stamme und den Nates anschwollen, sondern auch zahlreiche kleine, follikuläre am Thorax frisch auftraten.

2. eine **Prurigo ferox** bei einem zehnjährigen Mädchen mit zahlreichen zerkratzten und Borken sowie impetiginöse Pustel tragenden Knötchen, besonders an der verdickten Haut der Extremitäten. Drüsenschwellungen.

3. eine **Pityriasis lichenoides chronica** bei einer 25jährigen Frau. Neben den typischen, follikulären, kegelförmigen Knötchen sieht man am Rücken auch blafsgelbrote, fleckenförmige Efflorescenzen mit einer dünnen Schuppe, wie sie auch KREIBICH beschrieben hat, und in Rückbildung begriffene bräunliche Flecke. An den Oberschenkeln sind einzelne Efflorescenzen dunkler rot wie ein papulöses Syphilid.

4. eine **Psoriasis punctata,** die von FINGER bereits wegen ihres eigenartigen Aussehens und der Ähnlichkeit mit der Pityriasis lichenoides vorgestellt und als Parapsoriasis bezeichnet worden war.

5. eine **Psoriasis guttata** am ganzen Körper. Acht Tage nach der Eruption trat eine Phlegmone des linken Zeigefingers auf. Am Handrücken und Zeigefinger entstand nun unter dem feuchten Verband als lokale Reizung eine dichte Gruppierung der Psoriasis.

MÜLLER demonstriert (aus der Klinik FINGER) einen achtjährigen Knaben mit **Herpes tonsurans capillitii.** Seit einem Jahre auftretende, unscharfe, erbsen- bis talergrofse, mit grauweifsen Schuppen bedeckte alopecische Stellen. Keine abgebrochenen Haarstümpfe. Mikroskopisch in den Haaren zahlreiche Gonidien, in den Schuppen Mycelien.

OPPENHEIM zeigt (aus der Klinik FINGER):

1. ein Rezidivexanthem bei einem 25jährigen Manne. Infektion Mai 1906, jetzt ein Herd von **Lues corymbosa** unter der rechten Scapula. Um eine zentrale grofse Papel durch einen Ring normaler Haut getrennt ein kreisringartiges Infiltrat, das sich in einzelne kleine, derbe Papelchen auflöst.

2. eine **Lues maligna praecox.** Infektion September 1906. Jetzt alle Übergänge vom kleinpustulösen Exanthem, der Akne und Variola syphilitica zum gruppierten ulcerösen Syphilid und der Rupia. Um viele der Efflorescenzen sind starke, rote Entzündungshöfe; um einen talergrofsen Rupiaherd am Rücken ein derbes, braunrotes, in kleine Knötchen sich auflösendes Infiltrat und ein ähnlicher Entzündungshof. Dieser entspricht den von FINGER und LANDSTEINER beobachteten entzündlichen Rötungen, die bei Inokulation von syphilitischem Virus auf Syphilitische mit ulcerösen und Spätsyphiliden als erstes Zeichen der Inokulation auftraten und den eigentlichen Infiltraten und Ulcerationen vorausgingen. Sie sind als direkte Entzündungswirkung der Spirochaeta pallida aufzufassen.

Diskussion: EHRMANN hält die entzündliche Rötung für eine Folge der Krustenbildung, mit deren Behebung sie auch verschwindet.

FINGER: Die kollaterale Entzündung hängt nicht direkt mit der Krustenbildung zusammen, da sie auch mit Efflorescenzen ohne Krusten auftritt. Dagegen sieht man bei allen Patienten mit Lues maligna nach der Impfung, gleichgültig ob mit eigenem oder fremdem Virus, solche entzündliche Rötung und dann erst die typischen

Effloreszenzen entstehen. Landsteiner und Finger brachten dies mit einer Überempfindlichkeit des Organismus durch gesteigerte Toxinbildung in Zusammenhang.

Mucha konnte abweichend von anderen Untersuchern ulceröser Lues auch in diesem Falle im Ultramikroskop reichlich Spirochäten nachweisen.

Weidenfeld demonstriert einen 24jährigen Zuckerbäcker, der am Nasenrücken und beiden Wangen, auch an den Ohren typische Herde von **Lupus erythematosus** mit atrophischer Narbenbildung im Zentrum zeigt. Daneben aber finden sich an der Ulnarseite der Vorderarme und den Handrücken zahlreiche einzelstehende oder zu Gruppen konfluierende, erbsengroſse, rotbraune Knötchen, die zum Teil im Zentrum Schuppen oder eine Kruste tragen, unter welcher ein kleines, tiefes Geschwürchen besteht; dazwischen kleine Narben als Beweis für den chronischen Bestand der Krankheit. Immerhin besteht zwischen einzelnen Effloreszenzen im Gesicht und an den Armen sowie Fingern eine Ähnlichkeit, die letztere als **Lupus erythematosus disseminatus** und **Lupus pernio** im Sinne Kaposis bezeichnen würde; andererseits sind die zerfallenden Knötchen am Vorderam als **Tuberkulid** aufzufassen. Und es wird daher in einem solchen Falle die Frage laut, in welchem Verhältnis der Lupus erythematosus zu den Tuberkuliden steht.

Diskussion: Ehrmann hat denselben Fall vor drei Jahren als akneiformes Tuberkulid neben Lupus erythematosus vorgestellt und von Strasser publizieren lassen; nur waren an Stellen der jetzigen Narben damals noch vielfach krustöse Knötchen und flache Infiltrate von Lupus erythematosus. Neumann faſste die Affektion als Acne cachekticorum auf. Diese Kombination von Lupus erythematosus und Tuberkulid ist auch von Rona und M. Möller beschrieben. Was den **Lupus pernio** betrifft, so gibt es davon zwei Formen; die eine von Hutchinson als Chilblain-Lupus beschrieben, identisch mit dem von Kaposi, betrifft den Lupus erythematosus auf gestauter Basis an den Fingern; die zweite, dem Lupus vulgaris ähnliche, von Besnier und Tenneson beschriebene äuſsert sich in livid blaubraunen Knoten von lappigem Bau im Gesicht und auf den Händen, die vielfach, so auch von Jarisch für sarcoide Tumoren gehalten wurden. Jadassohn stellte sie als Lupus pernio Besnier richtig; sie setzen sich aus Nestern von epitheloiden und Riesenzellen zusammen.

Ullmann: Weidenfelds Fall beweist die Zusammengehörigkeit des Lupus erythematosus und der papulonekrotischen Tuberkulide als gemeinsamer Glieder der allgemeinen Gruppe der tuberkulösen Hauterkrankungen, wie er es für den ersteren bereits wiederholt betonte. Auch ein gemeinsam mit Finger beobachteter Lupus erythematosus der Schleimhaut zeigte auf Tuberkulin deutliche allgemeine und lokale Reaktion. Die strichförmige Anordnung der Knötchen an den Armen beim vorgestellten Patienten läſst an eine Infektion im Verlaufe der Lymphgefäſse denken.

Finger glaubt nicht, daſs genügend Beweise für die Zusammengehörigkeit des Lupus erythematosus zur Tuberkulose erbracht sind, die sich nur in ca. 30—35% der Fälle findet. Auch bei der Tuberkulininjektion tritt meist nur Allgemeinreaktion, aber keine ausgesprochene Lokalreaktion auf, auch in dem von Ullmann erwähnten Falle nicht.

Weidenfeld konnte nicht bestimmt entscheiden, ob die Erscheinungen von Lupus erythematosus im Gesicht und die Effloreszenzen an den Armen identisch sind oder nur nebeneinander bestehen. Die Frage über die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose ist noch unentschieden.

Ehrmann glaubt, daſs die gleichen histologischen Veränderungen auch für die genetische Identität beider Exanthemformen sprechen.

Sitzung vom 5. März 1907.

Spiegler demonstriert:

1. einen durch seine Ausbreitung über fast die ganze Oberlippe und die Nasolabialfurchen bemerkenswerten **Herpes facialis**, der auf die Lippen- und Wangenschleimhaut übergreift.

2. eine 36jährige Frau mit einer regionären **Psoriasis vulgaris** in beiden Handtellern, Fufssohlen und Mammafurchen, deren Haut diffus rot, glänzend und infiltriert erscheint. Körper sonst frei.

3. einen **Lichen ruber planus** mit typischen, aber ganz vereinzelten Knötchen am Körper. Auffallend ist die Beteiligung der **Zunge**, an deren Oberfläche, besonders gegen den linken Rand zu, sich circumscripte und zu kleinen Streifen konfluierende grauweifse, im Zentrum atrophisch eingesunkene, glänzende Epitheltrübungen finden. Ähnliche Herde an der Wangenschleimhaut.

Ehrmann zeigt eine **Acne varioliformis** an der Stirnhaargrenze und schliefst daran mit Hinweis auf die letzte Diskussion eine Besprechung der klinischen und anatomischen Differentialdiagnose der Acne varioliformis und der eigentlichen Acne vulgaris.

Reines (Abteilung Ehrmann) demonstriert einen ausgebreiteten **Lupus verrucosus** der Fufssohle, der zum Teil auf die innere Malleolargegend übergreift.

Spitzer, E., zeigt einen 28jährigen Mann, der in einer Anilinfabrik arbeitet und seit langem rote schuppende Knötchen und Flecken im Barte hat, wahrscheinlich ein Ekzema seborrhoicum. Jetzt aber befinden sich auf diesem roten, fein fettig schuppenden Grunde auch zahlreiche follikuläre Pusteln, wohl ein **Ekzema sycosiforme.**

Nobl stellt vor:

1. bei einem Mediziner vom Frenulum im sulcus nach links oben verlaufend unter der verschieblichen Haut einen durchscheinenden, federkieldicken, sich korallenförmig aus kugeligen Erweiterungen zusammensetzenden Strang, eine **Lymphangiektasia varicosa** oder **Lymphvarix**. Derselbe ist nicht entzündlicher Natur, sondern die erworbene Erweiterung eines normalen Lymphgefäfses, wie sich auch in der histologischen Untersuchung eines gleichen Falles (1901) ergeben hat.

Diskussion: Finger kann die Ansicht, dafs diese Lymphgefäfserweiterung nicht entzündlicher Natur ist, nicht für alle Fälle gelten lassen. Die entzündlichen Erscheinungen sind wohl gering und ephemer, aber jedenfalls häufiger, als die rein mechanische Erweiterung; die Ursache mufs dabei keine Infektion sein, sondern es genügt ein leichtes Trauma.

2. ein **Bromexanthem** bei einem Epileptiker. Teils nur follikuläre Knötchen und Pustelchen, teils rote Infiltrate mit feuchten, braungelben Krustenauflagerungen, teils schmutzigbraune und violette Pigmentationen.

3. ein diffuses, deutlich aber aus einzelnen Flecken konfluiertes **Erythem**. Daneben eine **Ichthyosis**. Das Erythem ist vielleicht medikamentös.

Ullmann demonstriert:

1. eine **Sklerose an der Nasenspitze** mit regionärer Skleradenitis, wahrscheinlich durch Zupfen mit dem verunreinigten Finger entstanden. Dauer acht Wochen; noch kein Exanthem.

2. einen 24jährigen sonst gesunden Menschen, der seit zwei Jahren an multipler, **fleckenförmiger Alopecie** leidet; am Kopfe zerstreut gegen zehn hellergrofse haarlose, glatte, der Alopecia areata ähnliche Stellen; auffallend ist ein guldengrofser Herd am Vorderkopf links, dessen vordere Hälfte erweiterte Follikel zeigt, aus denen sich Talgpfröpfe ausdrücken lassen, während die hintere Partie glatt und atrophisch ist. Es handelt sich wohl um eine ungewöhnliche Form von **Alopecia areata**.

Diskussion: BRANDWEINER: Die längliche Form der Herde, die deutliche Atrophie und Beteiligung der Follikel sprechen eher für einen Lupus erythematosus capillitii.

SPIEGLER vermifst für einen Lupus erythematosus die entzündlichen Erscheinungen, Schuppung und irgendein Infiltrat. Dagegen spricht die Prominenz der Follikel für einen anderen Prozefs, die Folliculitis decalvans, deren kleinzellige Infiltration ja auch zur follikulären Atrophie, Calvities und Narbenbildung führt.

FINGER kann sich dieser Ansicht nicht anschliefsen; denn dazu gehören an den Haaren sitzende und von denselben durchbohrte Follikulitiden. Der hier in Betracht kommende Herd zeigt Veränderungen, die am ehesten für Lupus erythematosus sprechen.

ULLMANN kann dies nicht ganz abweisen und hält ein Nebeneinandervorkommen von Lupus erythematosus mit atrophischen Prozessen ähnlich der Alopecia areata für möglich.

3. bei einer alten Frau eine Kombination von **Sklerodermie** mit **Akrodermatitis**. Am linken Fufsrücken die Haut derb gespannt der Unterlage anliegend, dabei dünn, leicht gefältelt und lividrot. Beginnende Atrophie auch am linken Knie.

OPPENHEIM stellt vor:

1. einen **Lupus erythematosus** des Gesichtes, der bei einem 24jährigen Kutscher im Anschlufs an die grofse Kälte des vergangenen Dezember hervortrat, wie dies auch von anderen Autoren angegeben wird, während JADASSOHN es blofs als unterstützendes Moment anerkennt. Er setzt sich aus lebhaft roten, konfluierten, stark elevierten Flecken an beiden Wangen, Nase und Stirn zusammen; an den Ohren schon narbige Atrophie. An den Händen finden sich neben Erfrierungen auch circumscripte Herde mit zentraler Atrophie und Schuppung.

Diskussion: FINGER: Die Veränderungen an den Fingern sind im Sinne KAPOSIS als Lupus pernio zu bezeichnen.

2. einen **atypischen** Fall von **Pityriasis rosea**. Am Halse, der Streckseite der unteren und oberen Extremitäten, Brust- und Seitenfläche des Thorax ein Exanthem, das sich zunächst aus hirsekorngrofsen, lebhaft roten, schuppenden Knötchen, die sich flächenhaft zu kleineren und bis handtellergrofsen Gruppen vereinigen; diese zeigen dann meist im Zentrum Rückbildung und blasse Pigmentierung, selten leichte Fältelung, am Rande eine zarte Schuppenkolerette oder einen Knötchenring. Anordnung und das Hervortreten der letzten Formen sprechen gegen seborrhoisches Ekzem oder Pityriasis lichenoides

Diskussion: ULLMANN: Auffallend ist hier das tonsuransähnliche, regionäre Auftreten, wie es wohl dem gewöhnlichen Bilde nicht entspricht, aber neben demselben doch vorkommt. Die bakteriologische Untersuchung war in seinen zahlreichen, geprüften Fällen negativ. Hier wäre auch an eine Parapsoriasis zu denken.

OPPENHEIM: Die Pityriasis rosea kommt auch lokalisiert vor, unter 50 Fällen seiner Beobachtung 7mal. Bei der Parapsoriasis finden sich nicht solche gelblich atrophische, am Rande mit kleinen Knötchen fortschreitende Scheiben; auch ist diese kaum der Therapie zugänglich, während die vorliegende Affektion auf Salicylspiritus bedeutend gebessert ist.

SPIEGLER hält das Exanthem auch für ein Pityriasis rosea.

KREN zeigt (aus der Klinik RIEHL):

1. ein $2^1/_2$jähriges Kind, das seit einigen Wochen an Schläfe, Stirn und Wangen also an ungewöhnlicher Lokalisation scharfrandige, eitrig belegte Substanzverluste, aus stecknadelkopfgrofsen Pusteln hervorgegangen, zeigt. Dieses **Ekthyma gangraenosum** hat auch die Konjunktivalschleimhaut ergriffen, wo eine umschriebene Ulceration sich vorfindet.

2. einen **Lupus erythematosus discoides** an Wange und Stirn. Von der Oberlippe und Unterlippe greifen zwei Scheiben auch auf das **Lippenrot** über und zeigen daselbst nach Entfernung der blutigen Schuppen die typische Zeichnung der meisten Punkte und Linien.

3. einen **Pemphigus vulgaris** bei einer 42jährigen Frau mit Blasen am ganzen Körper, der behaarten Kopfhaut, an den Analfalten und zum Teil auch an der Mundschleimhaut.

4. einen 30jährigen sonst gesunden Mann, der seit fünf Jahren an **prämykotischen Erythemen** leidet. Ohne subjektive Beschwerden treten am Stamme und den Extremitäten Kreise auf, die aus rosaroten Knötchen bestehen. Dieselben vergehen mit Hinterlassung bräunlichgelber Pigmentierungen, um am Rande immer neue Knötchen zu bilden. Die einzelnen Attacken dauern jedesmal fünf bis sechs Wochen.

Mucha (Klinik Finger) demonstriert:

1. eine **Psoriasis vulgaris** am ganzen Körper. Seit zwei Jahren Arsentherapie und danach ausgebreitete **Arsenmelanose**, teils diffus schiefergrau, teils in dunkleren Flecken an Stelle der Psoriasisherde.

2. eine **circumscripte Hypertrichosis** in Handtellergröße über der Brustwirbelsäule. Die Haare sind von der Größe und Farbe der Kopfhaare.

Finger stellt einen 30jährigen Mann vor mit einem differentialdiagnostisch schwierigen Ulcerationsprozesse der Rachenschleimhaut vor. Am weichen Gaumen und auf den harten Gaumen reichend findet sich ein Geschwür, ganz oberflächlich, blaßrot, mit kleinen Knötchen am Rande und Grunde, nirgends tiefer greifend. Der Rand ist hier und da wallartig infiltriert, besonders nach vorn am harten Gaumen. Nur an der hinteren Rachenwand ist ein tieferes, eitrig zerfallenes Ulcus mit teilweiser Zerstörung der Uvula. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen **Lues und Tuberkulose der Schleimhaut.** Trotz Mangels eines typischen Randinfiltrates und des oberflächlichen Sitzes halte ich das Geschwür für luetisch. Anamnestisch ergibt sich eine Sklerose mit Exanthem vor zwölf Jahren; doch ist der Patient hereditär mit Tuberkulose belastet, ohne aber lokal oder allgemein auf Tuberkulin zu reagieren.

Einen ähnlichen Fall oberflächlicher, tuberkuloseähnlicher Ulceration im Rachen konnten wir vor einem Jahre beobachten. Der Patient stand vor 14 Jahren bei Professor Neumann in Behandlung; die klinische Beschreibung und Diagnose der Assistenten in der Krankengeschichte lautete auf Tuberkulose, die Beschreibung Neumanns selbst in der Vorlesung auf Lues; bei antiluetischer Therapie damals und auch jetzt vollständige Heilung. Auch beim vorgestellten Patienten ist nach Jodmedikation rasche Besserung eingetreten.

Bei einem dritten Kranken, einer Frau, sind neben den Ulcerationen im Rachen eine Apicitis und positive Reaktion auf Tuberkulin vorhanden, also sichere Tuberkulose. Sie war auch von der laryngologischen Klinik mit der Diagnose Tuberkulose geschickt; auf antiluetische Behandlung rasche Heilung.

An die Krankenvorstellungen schloß sich ein **Besuch des Hörsaales der Klinik Finger** an, wo der Vorstand die aus dem Nachlasse weil. Prof. Neumanns dotierten neuen Projektionsapparate zur Demonstration histologischer Präparate im Diaskop und von Bildern, Präparaten und Moulagen im Episkop den Mitgliedern der Gesellschaft zeigte.

Im Anschlusse demonstrierten Landsteiner und Mucha **lebende Spirochäten** mit dem Kondensor von Reichert für **Dunkelfeldbeleuchtung.** Weiter heben sie hervor, daß sie bei ihren Untersuchungen über die Einwirkungen verschiedener Substanzen auf die Spirochäten die Giftigkeit des Saponin, die für andere Protozoen schon feststeht, auch bei der Spirochaeta pallida und refringens konstatierten.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 5.

1. **Hydroa vacciniformis** (Bazin), von Max Wolters-Rostock. Von französischen Autoren ist in der letzten Zeit behauptet worden, dafs die Hydroa aestivalis vesico-bullosa überhaupt nicht zur Hydroa gerechnet werden dürfe, sondern zur Gruppe der „rezidivierenden Sommereruptionen (Crocker)“ gehöre, da sie gleich diesen stets ohne Narbenbildung abheile; die Hydroa vacciniformis dagegen hinterlasse Narben und unterscheide sich dadurch wesentlich von den genannten Sommerausschlägen. Diese Trennung der beiden Hydroaarten ist schon deshalb irrtümlich, weil auch aus zahlreichen Effloreszenzen der Hydroa vesico-bullosa Narben entstehen. Möller nimmt an, dafs bei der vesico-bullösen Form die Narbenbildung von sekundären Läsionen, von der Verletzung der Blase und einer gleichzeitigen Infektion abhängig sei. Auch diese Anschauung ist nicht richtig, die Narbenbildung ist vielmehr stets der Effekt einer durch die Entzündung verursachten Nekrose. Je stärker die Nekrose, desto tiefgreifender ist die Narbe. Bei Hydroa vacciniformis ist die Entzündung immer so heftig, dafs eine starke Nekrose und infolgedessen tiefgreifende Narben entstehen, die den Pockennarben durchaus gleichen; bei Hydroa vesico-bullosa dagegen ist die Entzündung viel leichter, so dafs es entweder nur zu oberflächlicher Nekrose und damit auch nur zur Bildung ganz oberflächlicher Narben oder überhaupt nicht zur Nekrose kommt; in diesem Falle fehlen auch die Narben.

Sowohl über die Beziehungen der beiden Hydroaarten zueinander wie auch über die Entstehung der Narben giebt ein von W. beobachteter Fall bemerkenswerte Aufschlüsse. Es handelte sich um ein 32jähriges Fräulein, das vom 3. bis 16. Lebensjahre alljährlich im Frühling oder Sommer von einem heftigen, pockenähnlichen Ausschlage an den unbedeckten Körperteilen befallen worden war und nach achtjähriger Pause seit dem 24. Lebensjahre wieder Jahr für Jahr im Sommer an einem ähnlichen, nur weniger schweren und weniger ausgedehnten Anfalle erkrankte. Die erste Krankheitsperiode hatte zahlreiche tiefere, deprimierte, bläulichweifse, zum Teil leicht vaskularisierte Narben hinterlassen, während von der zweiten Phase nur ganz oberflächliche Narben und pigmentierte Flecken herrührten. Den genauen Schilderungen der intelligenten Patientin zufolge waren die Anfälle während der Kindheit eine typische Hydroa aestivalis vacciniformis; die Anfälle dagegen, die seit dem Wiederauftreten des Leidens im 24. Lebensjahre erfolgten, müssen als Eruptionen von Hydroa aestivalis vesico-bullosa betrachtet werden. W. selbst beobachtete an einem Unterarm der Patientin, der bei einem Spaziergange in freiem Sonnenlicht absichtlich nicht bedeckt worden war, das Auftreten eines Anfalls von Hydroa vesico-bullosa. Die entstehenden Blasen waren zum Teil hell und transparent; sie platzten meist sehr bald und hinterliefsen nur eine gerötete, leicht bräunliche Verfärbung, aber keine Narben. Andere Blasen waren weniger transparent, sie erschienen opak, derber und praller gespannt; auch von diesen platzte die Mehrzahl, während einzelne zu einem lederartigen Schorf eintrockneten, alle aber hinterliefsen oberflächliche, nicht eingesunkene, zum Teil allerdings kaum sichtbare Narben. Von beiden Blasenarten wurde je ein Exemplar exzidiert und mikroskopisch untersucht. Bei der Effloreszenz der ersten Art fand sich Blasenbildung zwischen Stratum granulosum und Rete begleitet von nur

ganz geringen Entzündungserscheinungen an den Gefäßen des Coriums und des Papillarkörpers, sowie Durchtränkung und Aufquellung der Retezellen in geringem Grade. Im anderen Falle zeigte sich eine blasige Abhebung fast des ganzen Epithellagers mit Erhaltung eines peripheren Randes und einiger Stellen im Zentrum vielleicht von der Hälfte der Retezellen, Destruktion des Papillarkörpers mit starker Infiltration in den mehr zentralen Teilen und gleichzeitige Ausdehnung der ganzen Entzündungserscheinung auf die noch erhaltenen Reste des Papillarkörpers und die Umgebungen der Gefäße. Beide Blasen waren einkammerige Verdrängungsblasen, ihr Inhalt bestand aus seröser Flüssigkeit, der im zweiten Falle zellige Elemente in sehr erheblicher Menge beigemischt waren. Bei den geschilderten, stark different erscheinenden histologischen Befunden handelte es sich nicht um prinzipielle, sondern nur um graduelle Unterschiede. Aus dem ganzen Verlaufe des Falles, wie aus dem Ergebnis der histologischen Untersuchung folgert W., daß entgegen der Auffassung französischer Autoren die Hydroa aestivalis vacciniformis nicht als abgeschlossenes Krankheitsbild eigener Art aufgefaßt werden darf, daß vielmehr Moellers Einteilung der Hydroa in einen vacciniformen und einen vesico-bullösen Typus zu recht besteht, daß beide Formen gleichzeitig bei ein- und demselben Kranken vorkommen und ineinander übergehen können und nur graduelle Abstufungen des gleichen, durch die Einwirkung ultravioletter Strahlen hervorgerufenen Krankheitsprozesses darstellen. Das Primäre bei diesem Prozesse ist nach W. eine Gefäßschädigung; die Nekrose ist eine sekundäre Erscheinung, der sich die reaktive Entzündung anschließt. — Als die leichteste, die Anfangsform von Hydroa aestivalis bezeichnet W. die Hutchinsonsche Sommerprurigo, die sich auch nur graduell von der Hydroa vesico-bullosa unterscheidet; und das Krankheitsbild der Hydroa aestivalis mit all seinen Abstufungen gehört zu den Crockerschen Sommereruptionen, eine durch das gleiche ätiologische Moment veranlaßte, abgeschlossene Krankheitsgruppe.

2. **Untersuchungen über den Bacillus des Ulcus molle**, von Alberto Serra-Cagliari. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1907. Heft II.

Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis, von Bertarelli. Nachdem der Verfasser in einer früheren Arbeit die Vermutung ausgesprochen hatte, daß man mit spezifischem Virus vom Kaninchen bei vielen Säugetieren Corneasyphilis erzeugen könne, haben ihn eine neue Reihe von Experimenten gelehrt, daß dies auch wirklich der Fall ist. Am empfänglichsten zeigten sich der Hund und die Ziege, weniger empfänglich als diese das Meerschweinchen, kaum oder vielleicht gar nicht das Schwein. Der Verfasser verfuhr bei seinen Versuchen in der Weise, daß er von einem syphilitischen Kaninchen ein ganz kleines Fragment der affizierten Cornea in die vordere Augenkammer der Versuchstiere einführte. Vierzehn Tage nach der Inokulation zeigten sich bereits die reaktiven Erscheinungen unter der Gestalt eines typischen Syphiloms. Von diesen Syphilomen wurden dann wieder Partikeln auf die Cornea von Kaninchen inokuliert, wonach auch bei diesen wieder die typischen spezifischen Erscheinungen auftraten.

Der gegenwärtige Stand der experimentellen Studien über die Syphilis, von Pasini. Auf Grund des jetzigen Standes dieser Frage lassen sich folgende Sätze aufstellen: Die Syphilis ist auf Affen übertragbar. Inokulationen von virulentem syphilitischem Material sind nur dann von Erfolg begleitet, wenn sie unter die Haut gemacht werden, nicht aber, wenn dies ins Unterhautzellgewebe, in die Venen oder

die Peritonealhöhle geschieht. Quellen für die luetische Ansteckung liefern die Haut- und Schleimhauteffloreszenzen des primären und sekundären Stadiums in irgendwelchem Zeitpunkte ihres Verlaufes, das zirkulierende Blut in der sekundären Periode, und zwar zu bestimmten Zeiten derselben. Die Manifestationen der tertiären Periode sind nur so lange übertragbar, als sie noch nicht in das Erweichungs- oder nekrotische Stadium eingetreten sind. Das Sperma der Syphilitiker ist während der ganzen Dauer der sekundären Periode ansteckend; in der tertiären aber nur dann, wenn spezifische Veränderungen des Hodens bestehen. Die Serotherapie der Syphilis hat bis jetzt keine brauchbaren Resultate geliefert. Mehr läfst sich schon erwarten von den Inokulationen mit abgeschwächtem syphilitischem Virus (das Passieren durch eine Reihe von niederen Affen). Die Serodiagnose nach der Methode von Bordet und Genou, deren Technik noch vervollkommnet werden mufs, kann brauchbare Resultate liefern. Mit ihrer Hilfe läfst sich unter anderen nachweisen, dafs die Tabes und die progressive Paralyse Krankheiten syphilitischer Abstammung, aber nicht syphilitischer Natur sind. Die Syphilis verleiht dem von ihr affizierten Individuum eine relative, aber keine absolute Immunität. Die Haut dieser Individuen kann in jedem Augenblicke der Krankheit der Sitz einer neuen Infektion werden.

Was nun die spezifische Funktion der Spirochaeta pallida anbetrifft, so sprechen eine Reihe von Umständen zu gunsten derselben: Vorkommen des Parasiten in allen kontagiösen Erscheinungen der erworbenen Syphilis, ob es sich nun um accidentelle oder experimentelle Lues handle, Vorkommen der Spirochäte im Reinzustande in den Organen und in der Nabelschnur der heredosyphilitischen Kinder, sowie in der Placenta der hereditären Syphilis, konstantes Vorkommen des Pilzes im Reinzustande bei der experimentellen syphilitischen Keratitis des Kaninchens und Reproduktion der Syphilis bei den Affen mittels Inokulation auf die Cornea. Auf Grund dieser Tatsachen darf man nach der Ansicht des Verfassers sagen, dafs, wenn die Spirochäte nicht das pathogene Agens der Syphilis sein sollte, sie wenigstens in enger und konstanter Symbiose mit diesem lebt, so dafs man füglich behaupten darf, dafs „überall da, wo die Spirochaeta pallida angetroffen wird, auch Syphilis vorliegt“.

Über den Lichen planus atrophicus und seine Beziehungen zu den umschriebenen Hautatrophien, von Vignolo-Lutati. (Fortsetzung seiner Antrittsvorlesung.) In diesem letzten Teile seiner Arbeit gibt Verfasser die Differentialdiagnose des Lichen planus atrophicus mit einer Reihe anderer Hautaffektionen, die zu umschriebenen Atrophien der Haut führen. Diese letzteren Affektionen würden sich in zwei Gruppen einteilen lassen, wobei zur ersten die idiopathischen umschriebenen Hautatrophien gehören (eine Gruppe, welche nächstens verschwinden dürfte) und die sekundären oder symptomatischen Hautatrophien (nach Syphilis, Tuberkulose, Erythemen, Traumen, operativen Eingriffen usw. usw.). Was die Bezeichnung der Affektion anbelangt, so hält es der Verfasser für gleichgültig, ob man das Qualitativum atrophicum oder sclerosum gebrauche.

Über einen Fall von Ichthyosis hystrix, von Bargigli. Derselbe betrifft ein etwa 2½jähriges Kind und zeichnet sich durch seine besondere Intensität und Ausdehnung aus. Der histologische Befund läfst sich kurz zusammenfassen: Hyperplasie der Hornschicht, die sich fast ausschliefslich auf den squamösen Abschnitt derselben bezieht. Bedeutende Reduktion der ganzen Keimschicht der Epidermis, besonders der Körnerschicht. Besonderes Markiertsein des gewöhnlich wellenförmigen Verlaufes der dermo-epidermalen Linie. Atrophie der Haarbälge. Verschlufs der Knäueldrüsenausmündungen. Fehlen von entzündlichen Erscheinungen und von Veränderungen in der Cutis. An den Nägeln hat der Verfasser eine bis jetzt noch nie beschriebene Veränderung vorgefunden: die verschiedenen Schichten des Nagels gehen

direkt in die oberflächlichen Schichten der Fingerbeere über, so daſs der freie Rand fehlt.

Histologische Untersuchungen über einen Fall von Rhinosklerom, von Lamanna. Nachdem der Verfasser einen Fall von Rhinosklerom beschrieben, gibt er eine ausführliche Übersicht der verschiedenen Theorien, die von den zahlreichen Autoren besonders über die sog. Körperchen von Mikulicz und die Rhinosklerombazillen aufgestellt worden sind. Er ist selbst der Ansicht, daſs die hyalinen Kugeln in Anbetracht ihres homogenen Aussehens, ihrer Resistenz gegenüber Säuren und Alkalien, ihrer Affinität zu sauren Anilinfarben usw., als aus hyaliner Substanz im Sinne von Recklinghausen bestehend betrachtet werden müssen. Auf welche Weise jedoch diese Degeneration zustande kommt, ist weniger bestimmt erwiesen. Die Frischschen Bazillen sind bei weitem nicht in allen hyalinen Körperchen vorgefunden worden, so daſs man sie auch nicht als die direkte Ursache der Degeneration betrachten darf. Vielleicht wirken sie durch ihre Toxine; es ist aber noch nicht gesagt, daſs diese Bazillen Toxine produzieren. *C. Müller-Genf.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

März 1907. Band XIII.

I. **Zur Lehre der Hautblastomykose**, von Prof. Selenew. Verfasser beschreibt folgende weitere, eigene Beobachtung: Bei einem 17 jährigen Kosaken erwiesen sich ein Teil der linken Wange, die linke Hälfte der Nase und ein Teil der rechten Wange hyperämisch und bedeckt mit Knötchen, stecknadelkopfgroſsen Eiterpusteln, gelben Borken und Schüppchen von Perlmutterglanz. Besonders viele Borken saſsen auf dem linken Nasenflügel, welcher auch einen Defekt zeigt. Die Untersuchung des Eiters ergab das reichliche Vorhandensein doppelt konturierter, runder oder ovaler Bildungen, nämlich von Hefezellen. Bei Färbung der Hefepilze mit Eosin-Azur hat Verfasser die Beobachtung gemacht, daſs dieselben teils einen violetten, teils einen bläulichen, teils einen gräulichen Farbenton annehmen.

Auſser diesen Gebilden finden sich aber ebensolche, nur viel kleinere, die Verfasser geneigt ist als Sporen oder als Involutionsformen anzusprechen.

Histologisch handelt es sich um folgende Veränderungen: Das Stratum corneum ist im allgemeinen verdickt und aufgelockert, stellenweise mit kleinen Abscessen durchsetzt, stellenweise von homogener Beschaffenheit mit eingeschlossenen Hefepilzen und Zellresten. Die Malpighische Schicht ist gewuchert und weist bald vakuolisierte Zellen, bald groſse Höhlen auf, die mit körnigen Zerfallsprodukten, roten und weiſsen Blutkörperchen angefüllt sind. An verschiedenen Stellen fallen Hefezellen auf. Die papilläre Schicht ist ödematös, aber stellenweise infolge Zunahme der Malpighischen Schicht und infolge Vernarbung sehr schwach ausgeprägt. Kulturversuche gelangen auf Agar und Gelatine, aber nicht auf der Kartoffel. Die Behandlung des Kranken bestand im inneren Gebrauch von Jodkalium, auch in Injektionen von Jodipin und in lokaler Anwendung von jodhaltigen Salben und von Licht, worunter der Prozeſs sich besserte.

II. **Ein Todesfall infolge von Komplikationen, nach Behandlung der Syphilis mit einem löslichen Hg-Präparat**, von Kolomoizew-Kasan. Ungeachtet von mehr als 4000 Injektionen, welche Verfasser mit Hydrargyrum salicylicum gemacht hat, sah er persönlich nie eine Lungenembolie oder einen Absceſs. Wohl aber hat er vier Fälle von Absceſsbildung bei Patienten gesehen — und diese werden von ihm beschrieben —, welche von Kollegen, anscheinend mit löslichen Hg-Präparaten behandelt worden waren. Da es sich um Soldaten handelte, so muſsten sie sich dieser

Abscesse wegen in das Kriegshospital zu Kasan aufnehmen lassen, wo sie in die Behandlung des Verfassers kamen. Nach der Inzision verheilten drei dieser Abscesse prompt, im vierten Fall gesellte sich aber ein Erysipel hinzu, es kam zu einer allgemeinen Blutvergiftung und zum Exitus letalis.

III. **Die Humoralpathologie in der Beleuchtung der neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und die Lehre vom Tripper**, von ROTHMANN. Auf der letzten Jahressitzung der Charkower dermatologisch-venerologischen Gesellschaft, am 27. März 1907, sprach Verfasser über die Humoralpathologie im Lichte der neuesten Forschungen und kam zu dem Schluſs, daſs speziell die Biochemie uns nicht nur im allgemeinen, sondern auch hinsichtlich des Trippers den alten Anschauungen der Humoralpathologie nähert, nur mit dem Unterschiede, daſs was früher grober Empirismus war, jetzt durch streng wissenschaftliche Analyse gestützt wird.

Artur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Legende der Altertumssyphilis, von ALBRECHT FRHR. VON NOTTHAFFT-München. (Wilhelm Engelmann, Leipzig 1907.) In seinem Vorwort bezeichnet der Verfasser es selbst als ein Wagnis und vielleicht überflüssiges Beginnen, wenn er die vielen historischen Exkurse über die Herkunft der Syphilis um einen neuen vermehrt. Er begründet aber sein Unternehmen mit der Überlegung, daſs ein groſser Teil der früher geschriebenen Werke noch aus Zeiten ganz anders gestalteter medizinischer Anschauungen stammt, und führt an der Hand eines äuſserst reichen Quellenmaterials in medizinischen und textkritischen Untersuchungen aus, daſs die Einschleppung der Syphilis aus Asien, ihre Existenz bei den Skythen, in Altägypten, bei den Israeliten, Griechen und Römern legendär sind, und daſs sämtliche Hypothesen und Belegstellen, welche eine Syphilis des Altertums beweisen oder wahrscheinlich machen sollen, auf Irrtum oder auf Willkür der Ausleger beruhen.

Jedem, der sich für die Frage der Altertumssyphilis interessiert, wird v. NOTTHAFFTS Arbeit, welche als Festschrift für E. v. RINDFLEISCH erschienen ist, zum mindesten als Sammelwerk willkommen sein. *Schourp-Danzig.*

Über die Beziehungen von Krankheiten der Haut zu inneren Störungen mit Bemerkungen über Diät, Hygiene und allgemeine Therapie, von L. D. BULKLEY-New York. Ins Deutsche übertragen von K. ULLMANN-Wien. (Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1907.) Dem Grundgedanken dieses in mancherlei Hinsicht interessanten und anregenden Buches, daſs nämlich viele Dermatosen nur aus dem Grunde der Heilung hartnäckig widerstehen, weil Erkrankungen anderer Organe gleichzeitig die natürliche Vitalität des Körpers beeinträchtigen, wird wohl jedermann unbedenklich beistimmen. Mit Recht ist in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten auf den Nachteil einer allzu einseitigen Konzentrierung auf ein umgrenztes Spezialgebiet hingewiesen worden, nicht nur in bezug auf die Dermatologie, sondern auch bei anderen Spezialfächern. Man kann also, auch ohne groſse prophetischen Gaben zu besitzen, diesem Werke, in welchem zum ersten Male ein systematischer Versuch unternommen ist, die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen der Haut und denen der inneren Körperorgane nachzuweisen, eine freundliche Aufnahme und weite Verbreitung mit Be-

stimmtheit voraussagen. Dafs das Werk auch vielfachem Widerspruch begegnen wird, ist aber ebenso sicher. Sagt doch auch schon der Übersetzer in seinem Vorwort, dafs die Kommentare und Entgegnungen, welche er ursprünglich in der Form von Anmerkungen der deutschen Ausgabe hatte beifügen wollen, die Seitenzahl auf das Doppelte des ursprünglichen hätte anschwellen lassen. Auf der anderen Seite ist allerdings einzuräumen, dafs viele Punkte, man kann fast sagen, der ganze Gegenstand mehr andeutungsweise behandelt ist, und dafs der Verfasser für manche der anfechtbar erscheinenden Ansichten wohl triftigere Beweismomente beigebracht hätte, wenn ihm der knappe Raum von vier Vorlesungen nicht eine sehr weitgehende Beschränkung auferlegt hätte. In diesem Sinne wäre z. B. weiteres Material erwünscht in bezug auf die viel umstrittene Frage von der Bedeutung der Gicht bei Hautaffektionen, über den Zusammenhang des Pruritus der Nase mit Eingeweidewürmern, über den therapeutischen Wert der Mineralbäder, über manche diätetische Fragen und vieles andere. — Wenn zum Schlufs ein Wort über die Übersetzung gesagt werden soll, so möchte Referent unter Anerkennung der im allgemeinen flotten und klaren Schreibweise nur noch empfehlen, für manche Wörter, wie Relationen, Eruptionen, Oppression, Konstipation usw. die in Deutschland gewöhnlich gebräuchlichen Ausdrücke zu bevorzugen. Auf Seite 79 ist von Schellfisch die Rede. Sollte vielleicht der Verdacht begründet sein, dafs im Original von „Shellfish“ gesprochen wird? Hierunter versteht aber der englische Sprachgebrauch unter völliger Ignorierung der Naturgeschichte alles schalentragende Getier, das im Wasser lebt, Austern, Hummer, Krebse et hoc genus omne. Dies sind aber kleine Nebensächlichkeiten, welche dem eigentlichen Werte des Buches keinen Abbruch tun. Dasselbe sei hiermit dem allgemein praktizierenden Arzte nicht minder wie dem Spezialisten wärmstens empfohlen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Das Rhinophym und seine operative Behandlung, von C. Sick - Hamburg-Eppendorf. (*Mitteil. aus den Hamburgisch. Staatskrankenanstalten.* Bd. V.) Mit sehr gutem Erfolge wandte der Verfasser in sechs Fällen das zuerst von Unna angegebene Verfahren der Dekortikation an. Mit flachem, scharfem Messer werden alle wulstigen Unebenheiten der Nase soweit abgetragen, dafs die Regeneration der Epidermis noch aus den Überresten der Talgdrüsen erfolgen kann. Zum Zwecke der Ausmodellierung der Nasenflügel und der Nasenspitze führt man den Finger in die Nasenlöcher, spannt dadurch die Weichteile und kann unter Prüfung der Dicke der zu erhaltenden Schicht bequemer das überflüssige Gewebe wegnehmen. Die bei dem sukkulenten, blutgefäfsreichen Gewebe beträchtliche Blutung wird durch Kompression und Auflegen von in Adrenalin getauchten Tupfern leicht gestillt. Der Verband geschieht mit Jodoformgaze und Heftpflaster. Die neu überhäutete Nase wird mit 50 %iger Resorcinpaste behandelt, um eine glatte und normal aussehende Haut hervorzubringen.

Die Behandlungsdauer schwankt zwischen drei und sechs Wochen. Sämtliche Fälle blieben rezidivfrei; die längste Beobachtungsdauer seit der Operation beträgt etwa sechs Jahre.

Schourp-Danzig.

Die Mycetome, von Emile Brumpt-Paris. (*Arch. de Parasit.* Bd. X. Heft 4.) Br. faſst unter der Bezeichnung Mycetome eine Gruppe entzündlicher, durch Pilze erzeugter Geschwülste zusammen; er definiert sie als „entzündliche Mykosen, die aus einem Gewebe von Mycelien bestehende, durch Fisteln nach auſsen abgehende Körner hervorbringen". Die Pilze, welche die bis jetzt bekannten Mycetome verursachen, gehören entweder zur Gattung der Ascomyceten und zur Familie der Perisporiaceen (Aspergillus, Sterigmatocystis) oder zur Gruppe der Mucedineen. Man kann zurzeit acht verschiedene Arten von Mycetomen unterscheiden:

1. Das aktinomykotische Mycetom oder die Aktinomykose, erzeugt durch Discomyces bovis, zuerst beschrieben von Harz 1877.

2. Das weiſse Mycetom H. Vincents, erzeugt durch Discomyces Madurae, zuerst beschrieben von Vincent 1894.

3. Das weiſse Mycetom Nicolles, erzeugt durch Aspergillus (Sterigmatocystis) nidulans, beschrieben von Eidam 1883.

4. Das schwarze Mycetom Bouffards, erzeugt durch Aspergillus Bouffardi, beschrieben von Brumpt 1906, bisher nur in einem Falle beobachtet.

5. Das klassische schwarze Mycetom, erzengt durch Madurella mycetomi, zuerst beschrieben von Laveran 1902.

6. Das weiſse Mycetom Mansons, erzeugt durch Indiella Mansoni, beschrieben von Brumpt 1906, bisher nur in einem Falle beobachtet.

7. Das weiſse Mycetom Reyniers und Brumpts, erzeugt durch Indiella Reynieri, beschrieben von Brumpt 1906, bisher nur in einem Falle beobachtet.

8. Das weiſse Mycetom Bouffards, erzeugt durch Indiella Somaliensis, beschrieben von Brumpt 1906.

Br. beschreibt in der vorliegenden, mit zahlreichen guten Abbildungen versehenen Monographie all diese verschiedenen Mycetomarten einzeln sehr ausführlich; das Hauptgewicht der Darstellung ist auf die Schilderung der Pilze, insbesondere der Körnchen gelegt. Die allgemeinen Gesichtspunkte faſst Br. in folgenden Schluſssätzen zusammen:

1. Während die beiden ersten der beschriebenen Mycetomarten, die Aktinomykose und das weiſse Mycetom Vincents durch Discomyceten verursacht werden, sind die sechs übrigen durch Pilze erzeugt, die zwar Verschiedenheiten aufweisen, aber doch sehr nahe miteinander verwandt sind. Zwei von diesen sechs Pilzen gehören, wie durch die Kultur oder durch die pathologisch-anatomische Beobachtung bereits festgestellt ist, zur Gattung Aspergillus; die anderen vier werden zweifellos auch dieser Gattung eingefügt werden, wenn erst ihre Züchtung gelungen sein wird. Bis dahin rechnet Br. sie je nach dem Vorhandensein oder Fehlen von Pigment zu seinen provisorisch aufgestellten Arten Madurella und Indiella.

2. Das Studium der zur Gruppe der Mycetome gehörigen Mykosen des Menschen hat Klarheit über die Biologie dieser eigentümlichen Pilzparasiten gebracht. Entgegen der bisherigen Ansicht weisen sie, selbst in den Geweben, nicht nur Dauerformen, wie die Skleroten und die Chlamydosporen, sondern auch charakteristische sporentragende Apparate auf.

3. Die Entstehung eines Mycetoms setzt anscheinend, sowohl von seiten des Wirtes wie von seiten des Parasiten, besondere, selten erfüllte Bedingungen voraus; anderenfalls müſste die Zahl der Mycetome eine enorm groſse sein, speziell die Eingeborenen, die mit nackten Füſsen herumgehen, müſsten alle infiziert werden.

4. Da die Conidien in den Geweben nur eine schwache Widerstandsfähigkeit aufweisen und experimentelle subcutane Injektionen von Sporen nur geringen Erfolg ergeben, muſs angenommen werden, daſs der Pilz in die Gewebe in einer Dauerform

eindringt, in der er besser als die Conidien gegen die pilzzerstörenden Kräfte des Organismus ankämpfen kann.

5. Für die Ernährung des jungen Parasiten scheinen die Riesen- und die epitheloiden Zellen mit reichlichem, flüssigem Protoplasma von besonderer Bedeutung zu sein. Bei der Verbreitung der Krankheit im Körper spielen namentlich bei der Aktinomykose die Phagocyten, die sonst der Verteidigung des Organismus dienen, eine aktive Rolle.

6. Das makroskopische Aussehen des Tumors ist bei den verschiedenen Mycetomarten nicht sehr charakteristisch, es hängt im wesentlichen vom Alter der Läsion ab. Dagegen sind die Körnchen jeder der acht Arten absolut typisch und ermöglichen eine sichere Unterscheidung; in zweifelhaften Fällen läſst sich durch die mikroskopische Untersuchung eine Verwechslung vermeiden.

7. Die Zahl der Pilze, die Mycetome erzeugen können, beträgt mit Einschluſs der in der vorliegenden Arbeit zum ersten Male beschriebenen, zu den Mucedineen gehörigen vier Arten (Aspergillus Bouffardi, Indiella Mansoni, Indiella Reynieri, Indiella Somaliensis) acht. Zweifellos werden durch weitere systematische Untersuchungen noch zahlreiche andere Arten mit der gleichen pathogenen Bedeutung entdeckt werden.

8. Genaueres Studium der Morphologie und Biologie der Aspergillus- und Mucorarten wird in Zukunft die Identifizierung der in den Tumoren nachgewiesenen Parasiten auch ohne Kulturen ermöglichen. Zur Entstehung von Mycetomen bedarf es nicht der Einimpfung von Sporen bestimmter Gröſse, wie bisher vielfach angenommen wurde, sondern lediglich von Pilzen, die bei 37° leben und sich entwickeln können. Pilze, welche diese Eigenschaft besitzen, sind in den tropischen Gegenden zweifellos viel häufiger als in Ländern mit gemäſsigtem Klima. *Götz-München.*

Die Behandlung bei äuſserem Milzbrand, von Karl Lengfellner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 49.) Die konservative Behandlung bei „äuſserem" Milzbrand wurde in der Bergmannschen Klinik in Berlin im Laufe der Jahre in 15 von L. tabellarisch zusammengestellten Fällen mit durchaus vorzüglichem Erfolge durchgeführt; an der Berechtigung und Wirksamkeit der konservativen Therapie, die in Anlegung eines reizlosen Salbenverbandes und Ruhigstellung und Suspension des kranken Gliedes besteht, ist diesem Ergebnis zufolge nicht zu zweifeln. — Über die Serumbehandlung des Milzbrandes ist bisher noch sehr wenig mitgeteilt worden. Nur Wilms-Leipzig berichtet, daſs er einen sehr schweren Fall von äuſserem Milzbrand mittels des von Sobernheim-Halle angegebenen Serums zur Heilung gebracht hat.

Götz-München.

Ein Fall von äuſserem und innerem Milzbrand, von Karl Lengfellner-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 11.) Kurze Mitteilung über einen Fall von äuſserem, an der linken Halsseite lokalisierten Milzbrand, der sekundär Milzbrand der Lunge und des Darmes im Gefolge hatte. Der Darmmilzbrand wurde dadurch hervorgerufen, daſs der Patient mit den Händen Bazillen in den Mund, also in den Verdauungstraktus übertrug; der Lungenmilzbrand entstand, indem beim Erbrechen Milzbrandbazillen enthaltende Partikelchen in die Lunge aspiriert wurden.

Götz-München.

Das Sklerom in Böhmen, von O. Frankenberger-Prag. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 4.) Aus eigener Beobachtung und aus der Literatur verfügt der Verfasser über 18 Fälle von Sklerom, welche sämtlich aus dem nordöstlichen Teile von Böhmen stammen; er sieht in dem Sklerom eine chronische Infektionskrankheit, deren direkte Übertragung von Individuum auf Individuum als möglich angenommen

werden kann. Zur Verhütung der weiteren Ausbreitung des Skleroms hält der Verfasser staatliche Kontrolle wie bei der Lepra für erforderlich. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Kasuistik des Skleroms, nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee, von JOHANN FEIN-Wien. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 61. Bd. III. und IV. Heft.) Beschreibung von drei Fällen von Rhinosklerom, welche Soldaten betrafen. Bei allen waren die charakteristische Auftreibung und Verbreiterung der Nase, die von derben wandständigen Wucherungen weit abgedrängten Nasenflügel, narbige Verziehungen des weichen Gaumens mit dem Zäpfchen als Zeichen, daſs der Prozeſs auch in den hinteren Partien der Nase und im Nasenrachenraum seinen Sitz hat, vorhanden. In zwei der Fälle wurden Eiter und Gewebsstückchen bakteriologisch untersucht; es wurden typische Rhinosklerombazillen gefunden. Da es sich um eine Krankheit parasitärer Natur handelt, ist die Verhütung der Weiterverbreitung durch Einreihung erkrankter Individuen in die Armee von ernster Wichtigkeit. Zu dem Zwecke ist die Verbreitung der Kenntnis der augenfälligen Symptome bei den Ärzten anzustreben, und weiter sind durch Anzeigepflicht und Vornahme der Desinfektion Maſsregeln zur Verhütung der Verbreitung des Skleroms zu treffen.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von Rhinosklerom, mit X-Strahlen behandelt, von MILTON J. BALLIN-New York. (*New York med. Journ.* 16. März 1907.) B. findet es in erster Linie überraschend, daſs alle Fälle von Rhinosklerom, welche er beobachtete, von Ruſsland oder Galizien stammten; das, bekanntlich hier, in Ungarn, Böhmen, südlichen Teilen Österreichs endemische Rhinosklerom scheint aber wenig Neigung zu Weiterverbreitung zu haben und ist nicht ansteckend. Die von B. behandelte Frau war 53 Jahre alt und führt ihre Erkrankung auf etwa 16 Jahre zurück. Die Röntgenbehandlung wurde dreimal pro Woche in Sitzungen von drei bis vier Minuten fünf Monate hindurch ausgeführt und zwar mit vollem Erfolg: am Ende des fünften Monats hatte die Nase wieder normale Gröſse angenommen, waren die Röte verschwunden, die Ulcerationen abgetrocknet usf. B. glaubt, daſs die Wirkung der Röntgenstrahlen hier auf allmählicher Resorption, die durch irgendeinen chemischen Einfluſs zustande komme, beruhe. Die der Arbeit beigegebenen (sechs) Abbildungen zeigen den überraschend günstigen Verlauf; ob es sich um dauernde Heilung handelt, vermag B. wegen der Kürze der Beobachtung noch nicht zu sagen, jedenfalls aber scheinen wir in den Röntgenstrahlen ein Mittel zu besitzen, wodurch ein bis jetzt als unheilbar gegoltenes Leiden wenigstens zum Stillstand gebracht werden kann. *Stern-München.*

Klinische und experimentelle Studien über Blastomykose, von BODO SPIETHOFF. (*Mitteilg. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* Bd. V.) Nach einem Überblick über den klinischen Verlauf des Leidens gibt der Verfasser einen Bericht eines Falles von Blastomykose der Genitalregion bei Diabetes mellitus aus eigener Beobachtung, der eine 62jährige Frau betraf. Zur bakteriologischen Prüfung wurden Urin und Sekret der Ulcera herangezogen. Aus beiden wuchsen auf Traubenzuckeragar zahlreiche Kolonien von Hefepilzen, denen tierpathogene Wirkung zukam: geimpfte Mäuse gingen unter dem Bilde der blastomykotischen Sepsis oder an Abdominalblastomykose ein, Meerschweinchen bekamen bei cutaner Impfung eine Hautinfiltration mit geschwürigem Zerfall; bei intraperitonealer Infektion endeten sie septisch; Kaninchen erhielten nach Hautinfektion teils derbe Infiltrate, teils Ulcera und verendeten nach venöser Einverleibung in einigen Tagen. Die histologische Untersuchung der Ulcera ergab Blastomyceten sowohl auf der Oberfläche des Ulcus als auch in seinen tieferen Partien.

Über die bei Diabetikern vorkommenden Hefen sind bisher nur wenige Arbeiten erschienen. Daher unternahm es der Verfasser, Untersuchungen mit insgesamt vier

Hefestämmen vorzunehmen, welche aus dem unter aseptischen Kautelen aus dem Urin von zwei anderen Diabetikern und dem erwähnten Blastomykosenfalle gewonnen und kultiviert werden konnten, und festzustellen, ob diese vier Stämme zu identifizieren sind oder nicht, und ob der Stamm zu den echten oder zu den sog. wilden Hefen zu rechnen ist.

Es liefs sich konstatieren, dafs drei der Stämme sowohl in ihrem biologischen wie morphologischen Verhalten in den wichtigsten Punkten übereinstimmten und zu den wilden Hefen zu rechnen waren, gemäfs ihrem Verhalten auf Kulturen und im Tierorganismus. Sie bildeten in Stich- und tiefen Plattenkulturen Ausläufer; auf Kulturen waren bei ihnen neben runden und ovalen Zellen auch reichlich kurze Schläuche und lange Fäden anzutreffen; im Tierorganismus traten sie meist in Form von Fäden, welche dichte Gewirre und Knäuel bildeten, auf. Der vierte Stamm war den echten Blastomyceten zuzurechnen; er trat in ausschliefslicher Hefeform der Einzelindividuen auf und entbehrte jeglicher Ausläufer auf den verschiedenen Kulturen.

Schourp-Danzig.

Anwendung des Mesotanvaselins, von J. Ruhemann - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Verfasser empfiehlt das Mesotanvaselin unter anderem auch zur Bekämpfung des Gesichtserysipels, welches nach seiner Erfahrung damit „in überraschender Weise" beeinflufst wird.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel, von A. Hecht - Beuthen. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 1.) Als solche empfiehlt Hecht 1. den absoluten Alkohol unter dem Okklusivverband; 2. Salokreol und Mesotan; 3. Phenolkampfer bei frischem Erysipel mehrmals täglich auf die Haut gepinselt; 4. Ichthyol-Guajakolmischung (Ichthyol, Guajakol, Ol. therebinth. aa 10. Spirit rusci 20); 5. intravenöse Kollargolbehandlung; 6. Chinin. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel, von A. Hecht - Beuthen. (*Ther. Monatsh.* 1907. Nr. 2.) Verfasser teilt mit, dafs die Erfolge mit Mesotan durchaus negativ waren, und spricht demselben als Mittel gegen Erysipel jeden Wert ab. Er empfiehlt dagegen Pinselung mit Guajakolmischung und darüber fest angeprefstes Gummipapier. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Aktinomykose der grofsen Zehe, von Külbs - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 2.) Bei einem 27jährigen Kellner entwickelte sich sehr langsam eine Aktinomykose der grofsen Zehe, was in seinen Einzelheiten beschrieben wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Hydriatik des Rotlaufes, von J. Sadger-Wien (Grafenberg). (*Med. Blätter.* 1907. Nr. 1—6.) Nach Verfassers Ansicht ist das Wasser das gröfste Heilmittel als diagnostisches, entzündungswidriges, die Aufsaugung beförderndes, ableitendes, erregendes und belebendes, schweifstreibendes, blutreinigendes, beruhigendes und krampfstillendes, schlafbringendes, stärkendes Mittel. (Mädchen für alles! D. Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von echter Angina erysipelatosa, von D. Roth-Jägerndorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 46.) Bei einem 17jährigen Mädchen trat bei geringer Temperatursteigerung eine leichte gleichmäfsige Rötung und Schwellung des weichen Gaumens und der stark hypertrophischen Tonsillen und zwei Tage später unter Schüttelfrost ein bullöses Erysipel der Nase auf, das sich über Wangen, Stirn, Ohren und behaarte Kopfhaut bis an die Haarnackengrenze ausbreitete. Nach weiteren zwei Tagen stellten sich unter abermaligem Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 41° verstärkte Schlingbeschwerden, Gefühl von Brennen im Halse und Behinderung der Zungenbewegungen ein; die Zunge war stark verdickt, die Mundschleimhaut, Tonsillen

und Uvula erschienen polsterartig geschwollen und glänzend rot. Die Rötung endigte mit haarscharfer Grenze am Arcus palato-glossus, der hintere Gaumenbogen und der Pharynx waren nur leicht entzündet. Im Inhalt einer Blase, die sich am unteren Ende der Uvula befand, wurden Erysipelkokken nachgewiesen. — Es handelte sich in diesem Falle zweifellos um ein Erysipel der Mundschleimhaut, das durch die Nasenöffnungen hindurch auf die Gesichtshaut weiterwanderte. Kollargolpinselungen schienen Mund- und Gesichtserysipel günstig zu beeinflussen. *Götz-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Behandlung maligner Geschwülste mittelst Röntgenstrahlen, von Ennion Y. Williams. (*Journ. Americ. Med. assoc.* 1907. Bd. I. Nr. 4.) Die Röntgenstrahlen sind von aufserordentlicher destruktiver Wirkung auf das Gewebe maligner Tumoren. Die Prognose der Behandlung ist abhängig von der Fähigkeit, die Geschwülste mit der für sie erforderlichen Qualität und Quantität des wirksamen Agens der Röntgenstrahlen zu beeinflussen. *Schourp-Danzig.*

Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Carcinomen und Sarkomen, von C. Williams-London. (*Lancet.* 26. Jan. 1907.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen auf diesem Gebiete, welche anfangs wenig ermutigend waren, aber mit gröfserer Erfahrung allmählich sich besserten. Ein auf diese Weise behandelter Patient ist seit nunmehr 4 1/2, ein anderer sogar 5 1/2 Jahren ohne Rezidiv geblieben. W. meint, dafs er anfangs wohl zu vorsichtig gewesen sei, eine gewisse Reaktion sei eine Conditio sine qua non. Bei Verwendung von mäfsig harten Röhren könne Dermatitis unter gewöhnlichen Umständen ziemlich sicher vermieden werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Coccidiengranulome, von Philipp King Brown-San Francisco. (*Journ. americ. med. assoc.* 2. März 1907.) Kurze Krankheitsberichte von 18 Fällen, welche alle nur Männer betrafen. Von der Blastomykose unterscheidet sich das Coccidiengranulom durch die Generalisation und den letalen Ausgang. Während die Darreichung von Jodkalium bei Blastomykosenkranken Besserung oder gar Heilung verschafft, versagt es bei den an Coccidiengranulomen Erkrankten vollständig. *Schourp-Danzig.*

Über Röntgenbehandlung des Epithelioms, von Ed. Schiff. (*Fortschritte auf d. Geb. d. Röntgenstr.* Bd. X. Heft 4.) Verfasser teilt ausführlich die wichtigsten Arbeiten über die Röntgenbehandlung der Epitheliome mit. Sodann schildert er seine Erfahrungen; die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen ist unbestreitbar; sie soll aber nicht die ausschliefsliche Therapie sein. Es gibt biologische Unterschiede zwischen verschiedenen Epitheliomen, von denen der Erfolg der Röntgentherapie abhängig ist. Zur Unterstützung derselben sind kleine operative Eingriffe und Ätzungen heranzuziehen. Ist nicht nach vier bis fünf Sitzungen ein günstiger Erfolg zu konstatieren, so soll man diese Behandlung abbrechen. Die Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen sollen nicht zu grofs sein, und man soll energisch (mittelweiche Röhren) bestrahlen unter sorgfältiger Abdeckung. Bei operativen Eingriffen ist nachträgliche Bestrahlung wünschenswert. Man erspart dem Patienten oft eine Operation und erreicht doch ein gleiches Resultat, das in kosmetischer Beziehung von viel höherem Werte ist.

F. Hahn-Bremen.

Psorospermosis follicularis Darier, von Otto Sachs-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 10—12.) Ein 22jähriger Taglöhner zeigt seit 11 Jahren eigentümliche Erscheinungen. Die Hautdecke ist brünett, am behaarten Kopfe finden sich

aufser einer dichten, diffus ausgebreiteten Ansammlung von weifslichgrauen, fettigen Schuppen zahlreiche, dichtgedrängt stehende, flache, linsengrofse, graue Knötchen, die beim Darüberstreichen das Gefühl des Reibeisens hervorrufen. Ähnliche Erscheinungen finden sich im Gesicht, der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, an Hals, Achselhöhlen, Leistenbeugen, Beinen, Handrücken, Fufstellern. Die Nägel sind ebenfalls erkrankt, auch bestehen Conjunctivitis und Blepharitis ekzematosa. Therapie war machtlos. Die histologische Untersuchung ergab Dariersche Krankheit. Es handelte sich dabei um einen abnorm verlaufenden Vorgang der Verhornung in der Epidermis, deren Anfänge schon in einzelnen Zellen der Stachelzellenschicht wahrzunehmen sind. Die Hyperplasie der Epidermis entwickelt sich auf Kosten der Cutis. Diese Dermatose ist also eine Hyperkeratose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte, vom histologischen eine Parakeratosis und Akanthosis. Die sogenannten Psorospermien stellen eigentümliche, vielleicht hydropische Gebilde dar, deren Entstehung auf eine Störung im typischen Ablauf des Verhornungsprozesses, vielleicht unter Flüssigkeitsaufnahme des Protoplasmas im Sinne eines Quellungsvorganges zurückzuführen ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dariers Krankheit, von Allan Jamieson-Edinburg. (*Edinb. med. journ.* Januar 1907.) Der von J. beobachtete, mit zwei Abbildungen über den makroskopischen und mikroskopischen Befund versehene Fall betraf ein 32jähriges Dienstmädchen, welches keinerlei Krankheit aufser Masern in der Kindheit durchgemacht hatte. Die Hautkrankheit begann vor 3 1/2 Jahren am linken Bein und beinahe gleichzeitig hinter beiden Ohren und befiel dann allmählich die Lenden, das rechte Bein, Bauch, Brust und Rücken; Gesicht und Hände blieben frei. Die Eruption verursachte zuweilen Jucken und hatte an den erstbefallenen Stellen keinerlei Tendenz zu heilen. Die überall erschienenen rundlichen, prominenten Körperchen, teilweise mit Krusten bedeckt, haben nur entfernte Ähnlichkeit mit Coccidien und waren keinerlei Kulturverfahren zugänglich. Die Affektion ist, wie J. seine genaue histologische Untersuchung lehrte, nicht auf das Follikularsystem beschränkt und die Entwicklung von Vegetationen oder blumenkohlartigen Auswüchsen ist nur an lokale Disposition gebunden. Bezüglich der Ursache der Affektion, von der nun (seit 1889) etliche 30 Fälle veröffentlicht worden seien, konnte J. nichts eruieren. Sie hat Analogien mit Ichthyosis hystrix, mit Naevus linearis und in der Verteilung (nach Kreibich) mit Zoster. Die Behandlung (Reinigung von den Krusten usw. und dann Auftragen einer Ammoniak-Hg-Salbe usw.) vermochte nur vorübergehende Besserung zu bringen; J. hält es nicht für unwahrscheinlich, dafs die X-Strahlen, ebenso wie bei Molluscum contagiosum, auch bei Dariers Krankheit Erfolg haben könnten. *Stern-München.*

Hautendotheliom, von William S. Gottheil-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. Bd. XLVIII. Nr. 2.) Bei einer jetzt 27jährigen Frau hatte sich vor zwei Jahren an der Aufsenseite des rechten Oberarms der erste Anfang einer dunkelbraunen Geschwulst gezeigt. Diese wurde operativ entfernt. Histologisch bemerkenswert war der Reichtum von Pigment in dem Epithel, der an ein melanotisches Sarkom erinnerte. *Schourp-Danzig.*

b. *Benigne.*

Zur Kenntnis des Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) Verfasser fand kleine morphologisch und tinktoriell wohl charakterisierte Gebilde im Inhalt von sieben einzelnen Mollusca; es handelt sich um rundliche, homogen gefärbte, kugelige Gebilde, die keinerlei Fortsätze oder Geifseln aufweisen. Meist sind sie einzeln gelegen, ihre Zahl ist reichlich, zuweilen legen sich mehrere aneinander, selten sogar reihenförmig. Die Gröfse der einzelnen

Elemente ist 0,25 μ im Durchmesser. Die beste Färbemethode ist dafür die Geifselfärbungsmethode nach Löffler oder zweistündiges Färben in verdünnter Giemsa-Lösung bei 56° und als schnellste Methode das von Beningnetti und Gino empfohlene Färbungsverfahren (alkoholische Gentianaviolettfärbung mit Zusatz beizender Substanzen wie Tannin, Alaun, Zinksulfat). Die kleinen Elemente sind beim ersten Verfahren deutlich rot, beim zweiten rosarot, beim dritten bläulichviolett. Im nativen Präparat zeigen die Gebilde keine Spur von Beweglichkeit, sie finden sich nur im Molluscum contagiosum. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über das Lymphangioma circumscriptum papillare der Zunge, von Cosentino. (*Il Policlinico.* 1907. Nr. 1 u. 2.) Es werden drei derartige Fälle beschrieben, die in anatomischer Beziehung gewisse Unterschiede zeigen. Bei dem ersten befanden sich die erweiterten Lymphspalten besonders in den tiefen Schichten des Coriums und zwischen den Muskelfasern der oberen Muskelschicht. Beim zweiten dagegen liegen die dilatierten Lymphspalten hauptsächlich in den Spitzen der Papillen, wodurch die letzteren das Aussehen von pilzartigen Exkreszenzen erhalten. Beim dritten Falle wiederum bestehen neben den dilatierten Lymphräumen auch noch erweiterte Blutgefäfse. *C. Müller-Genf.*

Lipoma multiplex symmetricum, von Ernst Spitzer-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 15.) Von den Fettgeschwülsten, welche die Haut und das Unterhautzellgewebe befallen, unterscheidet man drei Gruppen: Adipositas dolorosa, diffuses Lipom, circumscripte Lipome. Meistens sind die Fettgeschwülstchen symmetrisch. Ein Fall von multiplem symmetrischen Lipome, der im Zusammenhang mit dem Nervensystem steht, wird beschrieben, die Lipome traten hier im jugendlichen Alter auf, besonders an Hals, Nacken, Brust, Oberarm, Oberschenkel, Rücken, Hüfte, Gesäfsgegend. Schon Grosch nahm an, dafs durch eine Schädigung der sekretorischen Nervenfasern solche circumskripte Lipombildung, durch Störung von Nervenzentren eine allgemeine Obesitas angeregt werde. Diese Ansicht teilt Verfasser. Ferner referiert Verfasser über einen Fall von Kombination von multiplen symmetrischen Lipomen mit Neurofibromatose Recklinghausen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hautmyome, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Journ. americ. med. assoc.* 16. Febr. 1907.) Nach einem Falle vom Zweirad entstanden bei einem etwa 30jährigen Manne über der Tibia eine Anzahl stecknadelkopf- bis erbsengrofse Knötchen unter zeitweiligen Schmerzanfällen. Die histologische Untersuchung ergab aufser den myomatösen Veränderungen starke Erweiterung der Gefäfse.

In einem zweiten Falle zeigte ein 10jähriges Mädchen eine Menge rundlicher Papeln in Stecknadelkopfgröfse, welche wie ein Naevus linearis von der linken Stirnseite über Backe und Ohr zum Nacken zog. Die Affektion war angeboren und schmerzlos. Innerhalb von vier Jahren war das Leiden aufserordentlich weitergeschritten über die linke Schulter bis zur Brustwarze hinab. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab auch hier die Diagnose: Myome. *Schourp-Danzig.*

Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), von Robert Bernhardt-Warschau. (*Gazeta lekarska.* 1907. Nr. 2—3.) Verfasser bespricht die ziemlich seltene Erkrankung an der Hand eines neuen Falles. Ein 53jähriger Mann bemerkte erst vor zwei Jahren zwei kleine Knötchen auf der Nasenhaut; ob dieselben nicht bereits viel früher vorhanden waren, konnte Patient nicht mit Bestimmtheit behaupten. Die Knötchen sind ziemlich flach, hart, deren Farbe unterscheidet sich kaum von der Farbe der umgebenden Haut. Eins von den Knötchen ist mit einigen milienartigen Gebilden bedeckt, das andere ist leicht exulceriert, wobei das Geschwür einem Ulcus rodens ähnelt. Beide Tumorchen wurden exstirpiert und histologisch untersucht. Die Untersuchung ergab den gleichen Bau beider Geschwülstchen. Es handelte sich um epitheliale

Gebilde, bestehend aus größerer Zahl Zellstränge und Zellhaufen. Die Zellstränge — mit zwei bis acht Zellschichten — laufen in verschiedenen Richtungen und verzweigen sich hirschhornartig. Im Verlaufe der Zellstränge und in den einzelnen Zellhaufen sieht man viele Cysten verschiedener Größe. Die nähere Untersuchung ergab, daß den Ausgangspunkt für die beschriebenen Gebilde die Haarbälge (die äußere Wurzelscheide) und die Talgdrüsen (die Ausführungsgänge) bilden. Die in den Tumoren befindlichen Cysten sind zweifacher Art. Die einen — im allgemeinen die kleineren und zahlreicheren — bilden sich durch Degeneration der Tumorzellen. Die anderen, die viel seltener vorkommen, faßt Verfasser mit CSILLAG als Retentionscysten, entstanden durch Abschnürung der Haarbälge und der Ausführungsgänge der Talgdrüsen, auf. — Sowohl das Bindegewebe als auch das elastische Gewebe erleiden im Bereiche der Tumorchen eine gleichzeitig vor sich gehende Degeneration. — An der Peripherie der Geschwülstchen, unmittelbar unter der Oberhaut, fand Verfasser in der Papillarschicht einige Gruppen von Naevuszellen; ein Übergang dieser Zellen in die Tumorzellen konnte jedoch nicht festgestellt werden. — Die Exulceration des einen Knötchens erwies sich als eine ziemlich oberflächliche. — Verfasser faßt das Epithelioma adenoides cysticum als zu der großen Gruppe der Naevi gehörend auf, wofür unter anderem teilweise der Befund der Naevuszellen spricht. Das Epithelioma adenoides cysticum steht ferner nach Verfasser in naher Beziehung zu adenoma sebaceum (naevus sebaceus), und zwar bildet es eine weitere Entwicklungsstufe des letzteren, gekennzeichnet durch weitere und umfangreichere Epithelwucherung. So erklärt sich auch die nahe Beziehung des Epithelioma adenoma cysticum zu Carcinoma cutis. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über traumatische Epithelcysten, von PIETZNER. (Inaug.-Dissert. Rostock. 1905.) Verfasser gibt eine Literaturzusammenstellung der traumatischen Epidermiscysten unter Beifügung zweier vou WOLTERS beobachteter Fälle.

F. Hahn-Bremen.

Ein Vorschlag zum Multiplexverfahren für Warzenbestrahlung unter Benutzung von Schablonen, von JIROTKA. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. X. Heft 4.) Verfasser empfiehlt zur Bestrahlung multipler Warzen, um die zwischenliegende empfindliche Haut zu schonen, die Warzen mit Tusche oder Öl zu betupfen und nun einen Abdruck auf Verbandstoff oder Fließpapier zu machen. Dieser Abdruck wird auf Bleiblech aufgeklebt und dann die markierten Stellen mit einem Nagel durchstoßen. So hat man eine praktische Schablone. *F. Hahn-Bremen.*

c. *Pigmentanomalien.*

Leukodermie und analoge Veränderungen der Pigmentbildung in der Haut, von W. H. EVANS-London. (*Lancet.* 16. Febr. 1907.) Die Entstehung des Pigmentschwunds bei Vitiligo wird in den Lehrbüchern ziemlich allgemein auf nervöse Einwirkungen zurückgeführt. Abgesehen von der bekannten, vor 25 Jahren veröffentlichten Untersuchung ZELSIRS hat Verfasser keine durch histologische Untersuchung begründete Bestätigung dieser Auffassung angetroffen, und er hält diese Erklärung für durchaus unannehmbar, namentlich, weil sich irgend eine Übereinstimmung der affizierten Gebiete mit der Verteilung der Nerven nicht nachweisen läßt. Vielmehr nimmt E. an, daß die Verminderung des Pigmentes bedingt ist durch eine gesteigerte destruktive Tätigkeit der makrophagen Zellen, welche das Pigment aufnehmen und vernichten oder auch nur eine kurze Strecke fortschleppen und nachher, eventuell indem sie selbst zugrunde gehen, wieder frei geben. Dieses letztere Verhalten würde die Entstehung der bekannten intensiveren Färbung des Randes der Leukodermaflecke erklären. Die Ursache der Steigerung der Makrophagentätigkeit ist in der

Einwirkung von Toxinen zu suchen. Diese ihrerseits entstehen durch Anomalien vorwiegend im Gastro-intestinalkanal, namentlich ulceröser Art, und die Lokalisierung der Entfärbung wird beeinflufst durch leichtere Traumen und wohl auch durch die Einwirkung des Sonnenlichts. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein durch Quecksilberbehandlung geheilter Fall von Sklerodermie, von Chirone. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1906. Nr. 22.) Es handelt sich um eine 60jährige Frau, in deren Anamnese eine syphilitische Infektion mit Sicherheit weder angenommen noch ausgeschlossen werden konnte. Bei derselben entwickelte sich nun an den Händen, Füfsen und auf der Brust eine eigentümliche Starrheit der Haut, die von dem behandelnden Arzte als Sklerodermie diagnostiziert wurde, welche Diagnose denn auch später bestätigt wurde. Ausgehend von der Vermutung, dafs es sich bei der Patientin um Syphilis handeln könnte (der Mann, welcher ein ziemlich bewegtes Leben hinter sich hatte, war an einer verdächtigen Hirnaffektion gestorben) wurden Einreibungen mit grauer Salbe verordnet, die eine merkwürdig günstige Wirkung hatten, so dafs die Frau ihren gewohnten Beschäftigungen nachgehen konnte.

C. Müller-Genf.

Sklerodermie und Myositis, von T. A. Nixon-Bristol. (*Lancet.* 12. Jan. 1907.) Verfasser hat vor einigen Jahren schon einen Fall geschildert, aus welchem er entnehmen zu können glaubte, dafs es sich bei der Sklerodermie um eine sekundäre Affektion handelt, hervorgegangen aus einer primären Entzündung der Muskulatur. Er publiziert nun vier andere Fälle, bei denen die gleiche Reihenfolge der Krankheitserscheinungen obwaltete. Dieselben betrafen alle das weibliche Geschlecht im Alter von 13—40 Jahren, während der erste Fall von N. einen Schuhmacher betraf. In keinem Fall trat der Exitus letalis ein. Von Thibierge sind aus der Literatur 15 ähnliche Beobachtungen zusammengestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein tödlich verlaufener Fall von Myxödem mit Veränderungen in der Glandula parathyreoidea, von D. Foroyth-London. (*Lancet.* 19. Jan. 1907.) Eine 58jährige verheiratete Frau, offenbar stark dem Alkohol ergeben, kam mit ausgesprochenen Symptomen des Myxödems zur Aufnahme. Das Leiden scheint ca. vier Jahre bestanden zu haben. Sie starb 14 Tage nach der Aufnahme. Man fand eine hochgradig atrophierte Schilddrüse mit nur spärlich erhaltenen Drüsenzellen im sonstigen fibrösen Gewebe und nur wenige Tropfen Colloidsubstanz. Die Nebenschilddrüse dagegen zeigte eine ungewöhnliche Anordnung der Zellen zu Acini an sehr vielen Stellen, eine deutliche Entwicklung von Colloid in diesen Bläschen und in der Umgebung sowie in den Lymphkanälen, wie solche in einem so hohen Grade sonst nicht gefunden wird, und schliefslich eine Vermehrung des bindegewebigen Stromas. Der ganze histologische Befund erweckte den Eindruck, als ob die Parathyreoiddrüse vikariierend für die Schilddrüse in bezug auf die Colloidsekretion eingetreten sei, aber auch ihrerseits der vermehrten Bindegewebsentwicklung nicht habe widerstehen können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Myxoedema fruste, von Anton Krokiewicz-Krakau. (*Klin.-Therap. Wochenschr.* 1907. Nr. 8.) Bei einem 16jährigen Mädchen traten Gliederschmerzen, Abmagerung der unteren Extremitäten und Verdickung des Gesichtes, des Nackens, Oberkörpers auf und ein allgemeines Schwächegefühl mit Abstumpfung des Gedächtnisses und Ausfall der Kopfhaare. Die Untersuchung ergab vor allem, dafs sich am Halse die Schilddrüse nicht palpieren liefs. Es handelte sich um Myxoedema fruste, Pleuritis bilateralis exsudativa, Bronchopneumonie, Angiotrophoneurosis cutis, Herzneurose mit

Erweiterung, Trophoneurose der Knochen, Kyphose, Hypoplasie der Gefäfse, Milztumor, Otorrhoe usw. Der Fall verlief letal, die Therapie war symptomatisch. Die Sektion ergab: Tuberculosis miliaris universalis, Degeneratio caseosa cum emollitione gl. lymphaticarum mediastinalium et bronchialium. Degeneratio adiposa renum, hepatis et myocardie. Pleuritis serosa. Polysarcia adiposa capitis, colli, thoracis, abdominis, extremitatum superiorum. Halisteresis ossium, Infractio sterni. Degeneratio gelatinosa cartilaginum intervertebralium. Striae cutaneae et permagnae. Der Tod erfolgte durch Miliartuberkulose; dabei ist interessant das Krankheitsbild infolge der Schilddrüsenfunktionsstörung, ein Myxödem mit Kachexie und Alteration des Sympathicus und der Wasomotoren. Auffallend ist die Hypoplasie der Schilddrüse, des Sympathicus und der Sexualorgane. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kasuistik der „kolloiden Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe", von Ignaz Sandeck-Brünn. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 15.) Eine dem Pseudoxanthoma elasticum nahestehende Hautaffektion wurde 1892 von Juliusberg in drei Fällen beobachtet. Im histologischen Bilde zeigten sich vor allem Veränderungen des elastischen Gewebes, die unmittelbar unter dem Epithel noch gering waren, während in den tieferen Schichten ein sehr dichtes, unregelmäfsiges Geflecht von elastischen Fasern erkennbar war. Juliusberg nannte diese Krankheit Colloide Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe. S. berichtet nunmehr über zwei ähnliche Fälle, auch bei diesen handelte es sich um degenerative Veränderungen des elastischen Gewebes in der unmittelbaren Nachbarschaft maligner Tumoren. Die Affektionen bieten nur ein geringes praktisches Interesse dar.

Bernhard Schulze-Kiel

Ein Fall von Alopecia areata neurotica, von David M. Greig-Dundee. (*Scott. journ.* Dez. 1906.) Neben den Fällen von Alopecia areata, wo das Haar mit oder ohne Entzündungserscheinungen, welche auf die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer früheren parasitären Affektion schliefsen liefsen, in gröfseren Flecken ausfällt, gibt es Fälle, wo die umschriebene Kahlheit in gröfseren Zwischenräumen Jahre hindurch immer wieder unter gleichzeitigen Erscheinungen allgemein nervöser Störung auftritt. Ein sehr lehrreicher Fall dieser Art ist der vorliegende, vom Verfasser beobachtete. Derselbe betraf einen 49jährigen Kutscher mit ausgesprochen neuropathischer Belastung. Im Alter von 19 Jahren hatte er den ersten Anfall von Alopecia am Backenbart, und seitdem ging das Haar bei verschiedenen Gelegenheiten an allen möglichen Teilen des behaarten Kopfes und Gesichtes — zuweilen nur an einer, zuweilen an verschiedenen Stellen aus, wobei die Flecke an Umfang und Form oft variierten. Jedem Anfall von Alopecia gingen gewisse Prodromalerscheinungen voraus, wovon am konstantesten Jucken — entweder über den ganzen Körper oder über der Stelle des künftigen Haarausfalls — war, dann Trockenheit der Haare, zuweilen wirkliches Schmerzgefühl in den Haaren (Augenbrauen); ferner vermehrter Harndrang, Röte an der Nasenspitze. Mit den ersten Erscheinungen der „Haarreizung" traten regelmäfsig solche von Somnambulismus auf, ohne dafs jedoch Patient in seinem Beruf gestört wäre. Eine starke Chrysarobinsalbe, lokal angewandt, brachte ihm Milderung der Reizerscheinungen. Die Haut zeigte aufser einem gewissen trockenen Glanze keinerlei Besonderheiten, keinerlei Entzündungserscheinungen. Das Haar schien stets, wenn auch nach sehr verschieden langer Zeit, wieder völlig hergestellt zu sein. *Stern-München.*

Haarausfall und Hypertrichosis, von Siegm. Kreuzfuchs-Erholungsheim Breitenstein am Semmering. (*Wien. med. Presse.* 1906. Nr. 51.) Kr. glaubt, dafs durch ungenügende Blutversorgung der Kopfhaut der Haarausfall bedingt sei. Da bekanntlich bei Männern der letztere viel häufiger ist als bei Frauen, auf dem Lande

seltener als in der Stadt, so sei es naheliegend, einer unzweckmäſsigen Kopfbedeckung die Schuld zuzuschieben, und zwar glaubt Kr., daſs steife, festsitzende Hüte einen ähnlich ungünstigen Einfluſs auf die Blutzirkulation der Kopfhaut ausübten, wie z. B. bei den Frauen die Mieder, hierzu käme noch das vom Verfasser als sehr unzweckmäſsig erklärte Kurzschneiden der Haare. Wenn diese Ansicht richtig wäre, dann ergäben sich von selbst die prophylaktischen Mittel: Vermeidung steifer Kopfbedeckung, Nichtkurzschneiden der Haare, als Therapie bei drohender Glatze Massage der Kopfhaut, wiederholte künstliche Erzeugung einer Hyperämie durch Hautreizmittel. Übrigens müſste erst eine Statistik den Zusammenhang der Art der Kopfbedeckung mit der Entstehung der Glatze feststellen. Was die Hypertrichosis betrifft, so hält es Kr. für wahrscheinlich, daſs auch hierbei die Art der Gefäſsverteilung eine Rolle spielt, daſs bei manchen Frauen die Gefäſsverteilung dem männlichen, bei manchen Männern dem weiblichen Typus entspricht. Wenn also ein übermäſsig starkes Gefäſs die Ursache des weiblichen Bartwuchses ist, dann wäre die beste Therapie Unterbindung des Gefäſses, was einen bedeutend besseren kosmetischen Erfolg geben würde als alle Epilationsmethoden. *Stern-München.*

Die künstliche Thrombose der Varicen, von Tavel - Bern. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.) Die Resultate, welche Tavel mit der künstlichen Thrombose erzielte, lassen die Methode als empfehlenswert erscheinen. Er behandelt 25 Fälle nur mit Ligatur und 27 Fälle von Varicen mit der künstlichen Thrombose. Von ersteren wurden 75 % geheilt, während von letzteren alle bis auf einen gute Resultate hatten. Die Technik ist folgende: Es muſs eine Ligatur des Hauptstammes voraufgehen, man führt mit einer krummen Nadel einen Seidenfaden unter die Vene, statt aber zu knoten, wird mit der gleichen Nadel durch das Austrittsloch subcutan über die Vene zurückgekommen und die Nadel durch das Eintrittsloch herausgeführt, die Schlinge wird nun fest geknotet. Die transcutane Methode ist die sicherste, weil durch die Exzision eines Venenstückes, was dann leicht ausführbar ist, jede Gefahr einer Regeneration ausgeschaltet wird. Es wird also unter doppelter Ligatur eine Resektion eines Venenstückes von 3—5 cm gemacht. 24—48 Stunden nach der Ligatur wird mit der künstlichen Thrombose angefangen. Verfasser verwandte 5 % Karbolsäure, wovon er einige Tage nacheinander verschiedene Stellen injiziert, bis das ganze variköse Gebiet vollständig thrombosiert ist, und zwar 10 ccm in einer Sitzung mit einer Pravaz-Spritze. Nach den Injektionen wird Patient ins Bett gelegt für einige Tage, die neue Zirkulation stellt sich bald wieder ein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Jessner-Königsberg i. Pr. (*Jessners Derm. Vortr. f. Prakt.* A. Stuber, Würzburg. 1907. Heft 7.) Das Heft liegt in dritter Auflage vor und enthält in bekannter klarer Ausdrucksweise das von Jessner angewandte Verfahren bei der Behandlung dieser so gefürchteten Krankheit. Der Dermatologe erfährt daraus nichts Neues, der praktische Arzt aber, für den das Heft in erster Linie bestimmt ist, tut gut, sich genau nach Jessners Vorschlägen zu richten, es wird dann auch bei ihm der Erfolg der Behandlung nicht ausbleiben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die „Bier'sche Methode" bei der Behandlung der atonischen und phagedenischen Geschwüre der Extremitäten, von M. Bruns. (*Presse méd.* 1907. Nr. 13.) B. berichtet über überraschende Erfolge mittels Stauung bei Behandlung der hartnäckigen Geschwüre der Extremitäten, die er in einem tropischen Hospital beobachtete. Die mittlere Dauer der Behandlung bis zur definitiven Heilung betrug sechs Tage. Neben der elastischen Binde wurde noch ein antiseptischer Pulververband in Anwendung gebracht. *Carl Schramm-Dortmund.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von subcutanem Emphysem bei Lungentuberkulose, von Ernst Krencker-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 6.) Bei einer 27jährigen, hochgradig tuberkulösen Frau mit heftiger Dyspnoe trat in der Gegend des Ingulums Hautemphysem auf, das rasch stärker wurde und sich nach oben und unten ausbreitete; die Frau starb nach zwei Tagen unter zunehmender Dyspnoe. — Dem Sektionsbefund zufolge ist es wahrscheinlich, dafs in der Gegend des linken Lungenhilus eine Perforation erfolgt ist, die zunächst zu interstitiellem Emphysem geführt hat, und dafs die Luft sich von da den Weg zum Bindegewebe des vorderen Mediastinums und des subcutanen Gewebes des Halses und der oberen Brustpartien bahnte. *Götz-München.*

Über benigne Melanome („Chromatophorome") der Haut — „blaue Naevi", von Max Tièche-Bern. (*Virchows Arch.* 186. Bd.) Bei obenstehender Bezeichnung handelt es sich um dunkelblaue Flecke oder leichte Erhebungen von geringen Dimensionen, welche klinisch wegen der Stabilität und Gutartigkeit den Eindruck von Naevi machen und besonders am Gesicht, an Hand- und Fufsrücken vorkommen. Histologisch erweisen sich diese Gebilde als rundliche Einlagerungen besonders in die mittleren Partien der Cutis, welche aus sehr verschieden gestalteten und sehr verschieden farbstoffreichen Pigmentzellen mit meist hellem Kern bestehen. Das Pigment charakterisiert sich nach Aussehen und Reaktionen als Melanin. Da diese Pigmentzellen oft als Chromatophoren benannt werden, könnte man diese Tumoren auch als Chromatophorome bezeichnen. Manche Analogien haben sie mit den „blauen Flecken" der Kinder mongolischer Rasse; nach den Untersuchungen von Grimm und Adachi weisen diese blauen Flecke ebenfalls in den tieferen Schichten der Cutis Pigment auf.

Schourp-Danzig.

Mifsbildungen.

Die Behandlung der Hypertrichosis und die Radiotherapie, von Lerebde und Martial. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 8.) Die Verfasser haben 21 Fälle von Hypertrichosis mit Röntgenstrahlen behandelt; sie ziehen aus den gemachten Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die Mifserfolge oder Gefahren der Röntgenbehandlung der Hypertrichosis sind wohl nur Folgen der bisher geübten mangelhaften Technik und der ungenauen Indikationsstellung.

2. Bei Anwendung kleiner Strahlenmengen (bis zu fünf Einheiten nach Holzknecht in einer Sitzung) ist die Methode gefahrlos. Die definitive Enthaarung kommt erst nach mehreren Behandlungsperioden zustande, sie ist begleitet von einer Hautatrophie, die mit der Lupe nachgewiesen werden kann, dem unbewaffneten Auge aber nur selten sichtbar ist.

3. Die Wirkung tritt um so rascher ein, je feiner die Haare sind.

4. Gut ausgeführte Behandlung mit Röntgenstrahlen ist vielleicht die beste Behandlungsmethode der Anfangsstadien der Hypertrichosis; doch müssen Technik und Indikationen noch eingehender studiert werden. Nach den Erfahrungen der Verfasser müssen die Bestrahlungen frühzeitig und ohne vorherige Anwendung der gebräuchlichen Enthaarungsmittel vorgenommen werden. *Götz-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Diagnostische Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege, von Fritz König. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 13.) Besprechung der neueren Methoden in der Diagnostik der chirurgischen Erkrankungen der Harnwege. An der Hand lehrreicher Beispiele aus eigener Praxis weist Verfasser auf den grofsen diagnostischen Wert der Cystoskopie inklusive Ureterensondierung, der Chromo-Cystoskopie, der Kryoskopie und der Röntgenographie hin. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Incontinentia urinae nocturna, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 7.) Nächtliche Harninkontinenz wird zuweilen durch Hyperacidität des Urins verursacht; in solchen Fällen wird durch längere Verabreichung von Natrium bicarbonicum (zweimal täglich 0,5—1,0) Heilung erzielt. *Götz-München.*

Die Tuberkulose der Genitalien, von Legueu. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 1.) Der kurze Aufsatz bringt nichts Neues. *Götz-München.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Ein Fall von Priapismus bei lienaler Leukämie, von Max Eisenstaedter. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 15.) Seit 1863 hat Blum 15 Fälle von Priapismus bei Leukämie zusammengestellt, dem Verfasser einen 16. anreiht. Bei dem Patienten war der Penis in maximo erigiert, und zwar waren die Corpora cavernosa geschwellt, weich hingegen die Glans und das Corpus spongiosum urethrae. Der Priapismus beruhte auf leukämischer Thrombose der Schwellkörper des Penis. Lokale Anwendung von Wärme und Kälte waren erfolglos, etwas halfen sehr heifse Umschläge. Innerlich wurde Chinin, dann Eisen, Arsen und Morphiumsuppositorien gegeben. Der Priapismus blieb bestehen auch bei 0,02 g Morphiuminjektion, ebenso versagten Belladonna, Chloralhydrat und Brom. Schliefslich wurden sechs Wochen lang in Intervallen von mehreren Tagen Röntgenstrahlen auf Milz, Knochen, Penis angewandt, dann erst schwand nach neun Wochen der Priapismus, der Milztumor verkleinerte sich, die Anämie besserte sich, und der Patient gesundete.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein verbessertes Cystoskop, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 12.) Vorläufige Mitteilung über ein verbessertes Cystoskop, welches durch Anwendung „eines im Gebiete der Optik schon anderweitig verwendeten Prinzipes“ die Schwierigkeiten der Spiegelverdrehung im cystoskopischen Bilde beseitigen soll, ohne den Gebrauch des Apparates irgendwie einzuschränken; gleichzeitig soll die Lichtintensität des Instrumentes gröfser gemacht werden. Eine genaue Beschreibung des verbesserten Cystoskops verspricht Verfasser in kurzer Zeit zu veröffentlichen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über angeborene Strikturen der Harnröhre, von C. Posner. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 13.) Posner sprach über obiges Thema am 17. Januar 1907 in der Hufelandschen Gesellschaft zu Berlin. Die angeborenen Harnröhrenstrikturen sind selten, doch gibt es gewisse Entwicklungsanomalien der Harnröhre, die in ihrem Effekt genau den echten Strikturen entsprechen, wie Verengerungen am Orificium urethrae, hochgradige Phimose, Faltenbildungen in der Fossa naviculares, ja selbst an der Grenze von Urethra anterior und posterior kommen angeborene Verengerungen vor. Eine solche Beobachtung teilt Posner mit, die allmähliche Dilatation führte zur Heilung.

In der Diskussion teilt Frank eine ähnliche Beobachtung mit, auch Mankiewicz sah einen entsprechenden Fall. Im Schlufswort betont Posner, dafs auch Infektions-

krankheiten imstande sind, Urethritiden hervorzurufen, die dann ihrerseits zu Strikturen führen können. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Indikationen und Technik der Meatotomie, von Raymond Bonneau. (*Journ. des pratic.* 1907. Nr. 2.) Der Aufsatz ist ein Musterbeispiel eingehender, jede Einzelheit berücksichtigender Beschreibung einer kleinen Operation, enthält aber im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

In die Harnröhre eingeführte Fremdkörper, von Otto Grosse-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 4.) Zu Gr. war ein 41jähriger Mann gekommen, der sich vor drei Tagen „einen" Bleistift in die Harnröhre gesteckt hatte. Bei der Palpation der Urethra war am Damme dicht an der hinteren Ansatzstelle des Skrotums in der Tiefe eine nicht sicher abzugrenzende Resistenz wahrnehmbar; bei der rektalen Untersuchung fühlte man durch die nach rechts hinübergedrängte Mastdarmwand hindurch eine strangförmige Verdickung. Gr. schnitt unter Lumbalanästhesie in der Raphe des Dammes neben der gefühlten Resistenz auf die Fossa bulbi ein und fand in ihr eine ca. 1 cm lange schlitzförmige Verletzung, aus der nach leichter Erweiterung mittels eines Péans ein 10 cm langer, mit metallener Zwinge versehener Bleistift extrahiert wurde. Nun erst gab der Patient an, daſs noch ein zweiter Bleistift drinnen stecken müsse, und in der Tat wurde mit Hilfe des Cystoskops ein in der gefüllten Blase frei herumschwimmender, kleinerer Bleistift nachgewiesen, der dann ebenfalls vom Perineum aus entfernt wurde. Am dritten Tage nach der Operation trat unter mäſsiger Temperatursteigerung Skrotalgangrän ein, die in neun Tagen die rechte Hälfte des Hodensacks gröſstenteils zerstörte; die Gangrän demarkierte sich schlieſslich und der groſse Defekt konnte, ebenfalls unter Lumbalanästhesie, verhältnismäſsig leicht gedeckt werden.

Der Patient hatte sich, angeblich ohne selbst zu wissen warum, zuerst den kleineren, 3,5 cm langen und dann den gröſseren Bleistift in die Harnröhre eingeführt. Der kleinere war, ohne Verletzungen zu bewirken, in die Blase gelangt, der gröſsere, der die Biegung der Urethra in der Fossa bulbi nicht überwinden konnte, hatte, durch irgend eine Zufälligkeit nach rechts abgelenkt, in schräger Richtung nach hinten oben die Wand der Fossa bulbi und den Musculus transversus perinei profundus durchbohrt und war durch die Weichteile des kleinen Beckens durchgedrungen. *Götz-München.*

Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie, von L. Burkhardt und C. Polano-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Zur Füllung der Blase zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie bei Patienten, bei denen Nitzes klassische Methode der cystoskopischen Untersuchung sehr erschwert oder unmöglich ist, eignet sich nach den Erfahrungen der Verfasser chemisch reiner Sauerstoff, der gegenüber der Luft den Vorzug der Keimfreiheit hat und auf sehr reizbare Blasen einen beruhigenden, ja sogar schmerzstillenden Einfluſs auszuüben scheint. Die zur Füllung der Blase nötige Sauerstoffmenge ist natürlich je nach der Kapazität der Blase verschieden; jedenfalls muſs die Sauerstoffinsufflation unterbrochen werden, sobald die Patienten stärkeren Druck verspüren. Die Gefahr einer Blasenruptur scheint nicht zu bestehen, wenn man den Sauerstoff nicht unter hohem Druck einströmen läſst. Die Technik des Verfahrens ist eine sehr einfache. Mittels Katheters wird die Blase entleert und dann gleich mit Sauerstoff gefüllt. Man bedient sich dazu eines gewöhnlichen Gasometers oder noch einfacher einer 120 g-Flasche, die mit Wasserstoffsuperoxyd gefüllt, durch einen Patentpfropfen geschlossen und durch einen Gummischlauch mit dem Katheter verbunden wird, bei Zusatz einer als Katalysator dienenden Pastille von Kalium hypermanganicum findet eine ausgiebige, durch Drehen des Pfropfens regulierbare Sauer-

stoffentwicklung statt. Bei einer Harnblase, aus der wegen Blutungen die Flüssigkeit nicht ganz entfernt werden darf, kann man mit Hilfe eines doppelläufigen Katheters gleichzeitig Sauerstoff ein- und Flüssigkeit abströmen lassen, bis diese vollständig durch Sauerstoff ersetzt ist. — Eine mit Sauerstoff gefüllte Harnblase liefert viel schärfere und kontrastreichere Röntgenbilder als eine mit Flüssigkeit gefüllte; Blasensteine z. B. präsentieren sich auf dem Röntgenogramm einer mit Sauerstoff gefüllten Blase überraschend klar und deutlich. *Götz-München.*

Ulcus simplex der Blase, von George Walker-Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* 23. März 1907.) Über das Ulcus simplex vesicae ist von Fenwick, Le Fur, Castaigne und anderen berichtet worden. Es verläuft in zwei Typen: als solitäres, chronisches Ulcus oder als akutes Ulcus mit Neigung zur Perforation. Die erstere Form hat meist ihren Sitz an der hinteren Blasenwand und einen Durchmesser von 2—3 mm, bleibt oft lange latent und macht sich nur durch Schmerzen und gelegentlich durch Hämaturie bemerkbar; erst im späteren Verlaufe pflegt eine Cystitis hinzuzutreten. Die zweite Art des Blasengeschwürs ist relativ selten, entwickelt sich schnell und führt meist frühzeitig zur Perforation.

Ätiologisch kommen Veränderungen in den Blutgefäfsen und Störungen trophischer Nerven in Betracht neben infektiösen Vorgängen.

Die Prognose ist im Frühstadium gut; immerhin kann die Perforation des Ulcus zur Peritonitis führen. Die Therapie kann in Spülungen mit Argent. nitr.-Lösung 1 : 10000—5000, in Kauterisation und Curettement bestehen oder auch die Sectio alta erforderlich machen. *Schourp-Danzig.*

Erfolgreiche Entfernung eines grofsen Blasensteins (ca. 525 g) durch hohen Steinschnitt, von H. Littlewood-Leeds. (*Lancet.* 16. Febr. 1907.) Der Patient, ein 47jähriger Mann, hatte schon mit 15 Jahren Urinbeschwerden dargeboten, und es war damals von einem bekannten Chirurgen (Jessop) mit der Sonde ein Stein konstatiert worden. Trotz zunehmender Beschwerden entschlofs sich Patient erst in relativ hohem Alter zur Operation. Er konnte als geheilt entlassen werden, starb aber zirka ein halbes Jahr später an Urämie. Das enorme Gewicht des Steines (18 Unzen 5 Drachmen) bei einem Durchmesser von etwa vier Zoll scheint bisher noch nicht übertoffen zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Wurmfortsatz und die Harnblase als Bruchinhalt, von Paul Clairmont-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 11.) Die Ansicht älterer Chirurgen, dafs Wurmfortsatz und Harnblase nur ausnahmsweise als Bruchinhalt vorkommen, wurde durch zahlreiche Bruchgenerationen widerlegt. Die Blasenhernie ist diagnostisch nicht leicht erkennbar und kann therapeutisch den postoperativen Verlauf durch Komplikationen gefährden. Verfasser berichtet mehrere einschlägige Fälle. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Die Carcinome der Harnblase, von Guyon. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 4.) G. weist auf den schleichenden Beginn der Blasencarcinome und die Bedeutung leichter, durch Bewegungen und Anstrengungen nicht beeinflufster Hämaturien für die Diagnose dieser Tumoren hin. Schmerzen treten nur auf, wenn eine Entzündung der Blasenschleimhaut hinzukommt, werden aber manchmal so stark, dafs die Cystotomie gemacht werden mufs; das Blasencarcinom an sich verursacht keine Schmerzen. — Die Resektion der Blase wegen Carcinom empfiehlt G. im allgemeinen nicht, er führt lieber das Currettement mit nachfolgender Thermokauterisation aus. *Götz-München.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Die sexuelle Enthaltsamkeit im Lichte der Medizin, von Ludwig Jacobsohn-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 11.) Autor veranstaltete eine Umfrage über die Schädigungen durch sexuelle Abstinenz bei einer grofsen Anzahl russischer und deutscher Professoren. Die gröfste Zahl der 39 Antworten vertritt die Ansicht, dafs Abstinenz bis zum 20. Lebensjahre absolut unschädlich ist. Auch für ältere Personen wird von den meisten die schädigende Wirkung verneint. Nur Erb vertritt die Ansicht, dafs gesunde Männer durch Abstinenz geschädigt, dafs sie jedenfalls sehr belästigt und in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit, in ihrer Arbeitslust, Stimmung usw. entschieden beschränkt werden. Die Möglichkeit einer Schädigung in diesem Sinne für sinnlich veranlagte Männer wird auch von einigen anderen Autoren zugegeben. *Schucht-Danzig.*

Maligne Hodengeschwulst, von J. B. Cutter-Albuquerque. (*Journ. amer. med. assoc.* 30. März 1907.) Bei der operativen Entfernung erwies sich eine linksseitige Hodengeschwulst als carcinomatös. Sechs Monate später starb der Patient infolge Metastasen in dem linken Hypochondrium. *Schourp-Danzig.*

Über zwei Fälle von Sarkom des ektopischen Hodens, von Cocuzza. (*Rif. med.* 1906. Nr. 49.) Das Hauptinteresse dieser beiden Fälle liegt in der Behauptung des Verfassers, dafs zwischen den interstitiellen Zellen und der Entwicklung von Tumoren in ektopischen Hoden keine Beziehung besteht. Nirgends findet man (oder wenigstens fand der Verfasser) Veränderungen in der Gestalt, der Struktur, dem Chemismus, welche auf einen Übergang von interstitiellen in neugebildete Zellen hätten schliefsen lassen. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Stieltorsion eines sarkomatös degenerierten Bauchhodens, von Julius Bobse-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 11.) Hat nur kasuistischen Wert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Die Urologie, ein selbständiger Teil der medizinischen Wissenschaft. Antrittsvorlesung von H. Brongersma, Privatdozent für Urologie, Amsterdam 1906. Redner gibt einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Urologie als selbständiger Fächer im Verlaufe der letzten 42 Jahre, d. h. seit der ersten Gründung einer abgetrennten Abteilung für die Krankheiten der Harnwege am Necker-Spital in Paris. Er weist auf die hauptsächlichsten Vervollkommnungen in der Spezialität hin, besonders auf die Cysto- und Nephroskopie und -diagnose, den Ureterenkatherismus und auf die Fortschritte im Gebiete der Prostatapathologie. Er rechtfertigt die Trennung der Urologie von der Chirurgie im allgemeinen, indem er sie mit der Ophthalmologie und Laryngologie vergleicht, die sich schon längst unabhängig gemacht haben. Das Gebiet ist so grofs, dafs es füglich spezialisiert werden darf, in welchem Falle dann auch an den Spezialisten gröfsere Anforderungen gemacht werden können, da es ihm nun ermöglicht ist, sich ausschliefslich auf seine Branche zu verlegen. *C. Müller-Genf.*

Über die von Hunter verfolgten Lebensziele und die Art, wie er sie erstrebte, von H. T. Butlin-London. (*Lancet.* 23. Febr. 1907.) Bekanntlich hat John Hunter, nach welchem lange Zeit das Primärsyphilid als Huntersches Geschwür

benannt wurde, der Venerologie einen unleugbaren Schaden durch seine Stellung betreffend der Blennorrhoe und der Syphilis, die er für Manifestationen der gleichen Krankheit erklärte, zugefügt. Wie es scheint, darf man annehmen, dafs er sich zur Prüfung der Frage selbst mit dem Eiter eines Urethralgeschwürs infizierte, während er Trippergift zu verwenden glaubte. Die Gerechtigkeit dem Andenken dieses ungewöhnlichen Mannes gegenüber erfordert aber, dafs er auch aufserhalb seines Heimatlandes nicht blofs in diesem Zusammenhang bekannt sei, denn er widmete ein restloses Leben, sowie sein ganzes Vermögen der Wissenschaft, und seine Sammlung anatomischer Präparate der verschiedensten Art bietet noch heute ein ausgezeichnetes Material für wissenschaftliche Studien. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Zählung unter den Moskauer Studenten, von Tschlenow. (*Russkija Wedomosti.* 1907. Nr. 97.) Auf dem augenblicklich in Moskau tagenden X. Pirogowschen Ärztekongrefs hat Verfasser am 28. April (11. Mai) d. J. einen Vortrag über die von ihm, mit Unterstützung von Dr. Rossolimo, im Jahre 1904 angestellte Zählung der Moskauer Studenten gehalten. Dieselbe betraf nicht nur Fragen über das geschlechtliche Leben, sondern auch solche über den Einflufs der Familie und der Schule auf den späteren Entwicklungsgang, über die Lektion, die physische Beschäftigung usw. Obgleich Verfasser in seinem Autoreferat noch eine spezielle Behandlung der medizinisch wichtigen Fragen in einem wissenschaftlichen Journal in Aussicht stellt, beansprucht doch schon dieser Zeitungsartikel ein gröfseres Interesse, so dafs ein Referat über denselben nicht ohne Bedeutung erscheint.

Die genannte Statistik basiert auf den freiwillig gegebenen Angaben von 2150 Studenten, was ungefähr der Hälfte der damals immatrikulierten Studenten entspricht. Die meisten derselben standen im Alter von 20—22 Jahren, einige wenige zählten über 30 Jahre und einer nur 17 Jahre. Ohne auf die Fragen nach dem Stand, der Schulbildung, den Erwerbsmitteln usw. näher einzugehen, wende ich mich sofort den vom Verfasser gefundenen, medizinisch wichtigen Ergebnissen zu. Was das Rauchen anbetrifft, so gab nur die Hälfte zu rauchen an, wogegen zwei Drittel erklärten, alkoholische Getränke (Bier und Schnaps) zu sich zu nehmen, davon freilich 98% nur gelegentlich, 2% aber gewohnheitsmäfsig. — Die ersten geschlechtlichen Erregungen erhielten die meisten durch pornographische Bilder und Bücher, andere durch Eindrücke von der Strafse, durch ältere Freunde, durch die Bedienung usw., wogegen eine Aufklärung durch die Eltern nur in 21% stattgefunden hatte. Vollkommen sittlich rein behauptete ein Drittel (33%) sich erhalten zu haben, teils dank moralischer Überzeugung (51%), teils aus Furcht vor Ansteckung (27%). Verheiratet zu sein gaben 7% an. Was die Kategorie derjenigen Studenten anbetrifft, welche angaben zu coitieren, so hatte die Hälfte derselben dieses schon in den höheren Klassen des Gymnasiums, zwischen dem 14. und 17. Jahr, zu tun begonnen, meist mit Prostituierten, und zwar häufiger mit denen von der Strafse als in den Häusern, teils mit Dienstmädchen. Ein recht grofser Prozentsatz der Studenten, nämlich 60%, hatte im 15.—16. Lebensjahr, meist durch Kameraden angestachelt, angefangen zu onanieren. Die meisten hatten es zwar aus sittlichen Gründen bald wieder aufgegeben, 14% aber onanieren weiter. An venerischen Krankheiten litten 26%, und zwar 20% an Tripper, 3% an weichen Schankern und 2,7% an Syphilis; wobei die Majorität sich bei den Strafsenprostituierten infiziert hatte. *Artur Jordan-Moskau.*



Fig. 1a.



Fig. 2a.

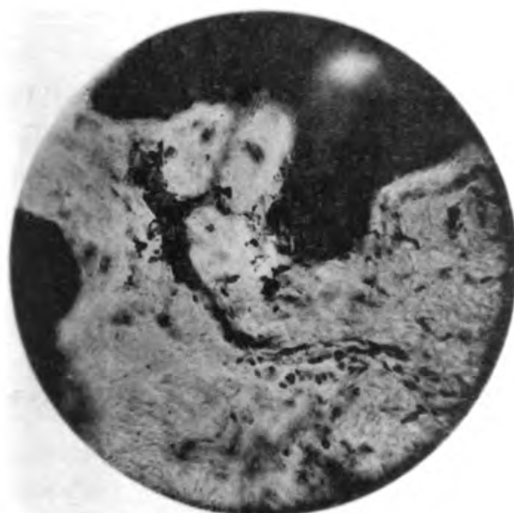


Fig. 3a.

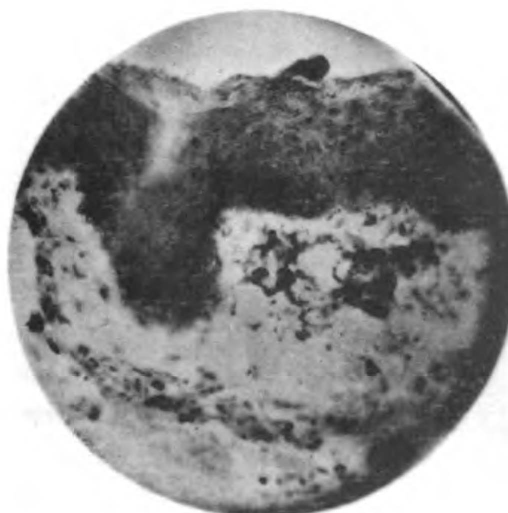


Fig. 4a.

Vignolo-Lutati.

Graph. Institut Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. №. 4. 15. August 1907.

(Aus der dermatologischen Klinik, Basel.)

Beitrag zur Kenntnis des Lupus pernio.

Von

Dr. Bruno Bloch.

Mit einer Abbildung im Text und zwei Tafeln.

Das unter dem Namen Lupus Pernio bekannte und in der letzten Zeit mehrfach beschriebene Krankheitsbild darf heute in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung als ziemlich wohlumschrieben und typisch gelten. Wenn ich es trotzdem wage, im folgenden einen ausgeprägten Fall von Lupus pernio, der mir von Prof. Siebenmann in liebenswürdigster Weise auf die dermatologische Klinik von Basel zugewiesen wurde, zur Kenntnis zu bringen, so geschieht das aus dem Grunde, weil derselbe eine wesentliche Erweiterung des bisher geltenden Krankheitstypus darbietet; es sind hier, wie wir sehen werden, Organe und Regionen in typischer Weise vom Krankheitsprozesse ergriffen, die in den früher veröffentlichten Fällen intakt waren.

Ich gebe zunächst die Anamnese und den klinischen Status des Patienten — in gedrängter Form, da dieselben mit besonderer Berücksichtigung der Schleimhautveränderungen von Siebenmann[1] dargestellt worden sind.

Der Patient, A. Z., ist 23 Jahre alt. In seiner Familie sind keine ähnlichen, insbesondere auch keine tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Erkrankungen vergekommen. Er selber war bis zum Jahre 1903 durchaus gesund. Damals setzte die Krankheit mit einer Schwellung des linken oberen Augenlides ein. Im folgenden Jahre gesellten sich hierzu: Schwellung hinter dem linken Ohr, der unteren Augenlider, der Infraorbitalgegend, bald darauf des rechten oberen Augenlides, der Nasenwurzel, der Wangen, der Drüsen unter dem Kinn und in der Retromaxillar-

[1] *Archiv für Laryngologie.* 1907. Bd. 19.

gegend. Der Naseneingang verengte sich und wurde rissig, Heiserkeit trat auf, und es zeigten sich Höcker auf dem Velum und im Larynx. Zu gleicher Zeit schwoll auch die Gegend des Metacarpus II an der rechten Hand an.

Im November 1906 trat der Patient in die dermatologische Klinik ein.

Status (1. Dezember 1906): Das Gesicht (vgl. Abb. 1) bietet einen auffallend gedunsenen, larvenartigen Anblick dar. Die Stirne ist beinahe ganz normal, nur die Gegend oberhalb der Nasenwurzel und der Augenbrauen ist leicht gerötet und erhaben, schuppt etwas und ist in der Tiefe infiltriert. Die oberen und unteren Augenlider ragen als wallnufsgrofse, blaurote Wülste $2^1/_2$ bis 3 cm weit vor. Die einander zugekehrten Seiten dieser Wülste sind abgeplattet, steil, so dafs vom Auge nur ein schmaler, horizontaler Spalt in der Tiefe zu sehen ist, die Aufsenseiten fallen schräg ab. Die Farbe der Geschwülste wechselt von tief blaurot bis zu weinrot; ihre Konsistenz ist derb ödematös; die Oberfläche fein gefältelt, läfst hier und da erweiterte und fein verästelte Gefäfse durchschimmern. Die Nasenwurzel ist stark verbreitert (5 cm), wulstig, gerötet. In der Tiefe fühlt man derbe Infiltrationen. Auch die übrigen Teile der Nase sind etwas wulstig. An den Nasenflügeln finden sich linsen- bis erbsengrofse Höcker und Knötchen von weicher Konsistenz und (bei Glasdruck) bräunlicher Farbe. Hochgradige Schwellung und dunkelblaurote, cyanotische Verfärbung zeigen die Wangen. Die Oberfläche ist fein gefältelt. In der Tiefe des cutanen und subcutanen Gewebes fühlt man sehr derbe, knotige, strangartige und flächenhaft verbreitete Infiltrate durch. Strangartig aneinander gereihte Knötchen ziehen beiderseits von den Wangen zu den Ohren. Die Lippen sind im ganzen verdickt, rüsselartig und von Rhagaden durchzogen. Auf der Innenseite finden sich, zum Zahnfleisch hinziehend, zahlreiche linsen- bis erbsengrofse, ziemlich derbe Knötchen von weifslich opakem Aussehen eingesprengt.



Diese Knötchen ragen über die umgebende Schleimhaut etwas hervor und reichen in der Tiefe ziemlich weit in das submuköse Gewebe. Ähnliche, noch etwas zahlreichere Knötchen durchsetzen auch die Wangenschleimhaut und verleihen ihr ein mameloniertes Aussehen.

Bezüglich der Veränderungen an den Schleimhäuten der Nase, des Rachens und des Larynx verweise ich auf die ausführliche Beschreibung bei SIEBENMANN.

Ich resümiere hier nur kurz, daſs sich die Schleimhaut beider Nasenhöhlen als stark geschwollen und infiltriert erweist; ein haselnuſsgroſses, drüsenähnliches Infiltrat sieht man an der hinteren Rachenwand, erhebliche Schwellungen auch im Larynx. Diese Infiltrate bestehen vorwiegend aus epitheloiden Zellen. Auf beiden Seiten des Halses gewahrt man sehr derbe und tiefreichende Tumoren am Kieferwinkel, längs der groſsen Gefäſse und des Sternocleidomastoideus. Im Sulcus bicipitalis internus der Oberarme sowie an beiden Vorderarmen lassen sich Reihen von rosenkranzartig angeordneten Tumoren von Erbsen- bis Nuſsgröſse durchpalpieren. Ähnliche subcutane Tumoren zeigen sich ferner: zu beiden Seiten des 12. Brustwirbels und an den unteren Extremitäten längs der V. Saphena und der Waden. Axillar- und Inguinaldrüsen sind etwas geschwollen. Der rechte Handrücken ist, besonders in der Gegend des 2. und 3. Metacarpus, in der Art einer Spina ventosa angeschwollen. Eine ähnliche Anschwellung zeigt das untere Ende der linken Ulna. An diesen Stellen ist — wie das Röntgenbild lehrt — das Periost erheblich verdickt, die Knochensubstanz rarefiziert.

Blaurote Verfärbungen zeigen die Extremitäten-Enden zum Unterschied von anderen Fällen nicht.

Die Untersuchung der inneren Organe ergab auſser einer Vergröſserung der Milz und einer Schall- und Atmungsdifferenz zu Ungunsten der rechten Lungenspitze nichts Abnormes; der Urin erwies sich als frei von pathologischen Bestandteilen. Auf die Zusammensetzung des Blutes komme ich später noch zu sprechen.

Der Verlauf der Krankheit war ein intermittierender. Perioden eines erheblichen Rückganges der Hauterscheinungen wechselten ab mit Verschlimmerungen. Diese letzteren sind öfters von schweren Allgemeinsymptomen begleitet: Fieber (bis 40°), hoher Puls (160), allgemeine Prostration und abundante Schweiſsausbrüche. Dazu gesellen sich ausgedehnte, vollkommen einem Erysipel ähnliche Schwellungen des Gesichtes. Es kann sich, meiner Meinung nach, nicht um eine zufällige Komplikation mit wahrem Erysipel gehandelt haben; denn diese diffuse Anschwellung fiel jedesmal zusammen mit einer Zunahme der örtlichen Affektionen (Zunahme des Ödems und der Infiltrate) und der Allgemeinerscheinungen. Es ist dies um so interessanter, als unser Fall in der

Beziehung nicht vereinzelt dasteht. Sowohl schon TENNESON[2] als auch neuerdings KLINGMÜLLER[3] teilen ganz ähnliche Beobachtungen mit. Ich möchte es für wahrscheinlich halten, daſs diese „erysipeloiden" Schwellungen als zum Bilde des Lupus pernio gehörig zu betrachten sind. Die Therapie erwies sich als vollständig machtlos gegen die Krankheit. Weder die medikamentöse (Hg, KJ, As), noch die physikalische (Bäder, Schwitzkuren, Röntgenbestrahlung) Behandlung zeitigte dauernde Erfolge. Wie in fast allen bisher beschriebenen Fällen, war auch in unserem die Einverleibung spezifischer Substanzen unwirksam: weder KOCHsches Tuberkulin, noch BERANCKsches, DENYSsches und MARMOREKs Serum riefen eine Reaktion hervor.

Und in gleicher Weise hatte auch das Tierexperiment (Verimpfung subcutaner Infiltrate auf Meerschweinchen) kein positives Ergebnis.

Histologisch wurden untersucht: ein Hautstück (aus der linken Wange), ein Stück eines Tumors aus dem linken Musculus sternocleidomastoideus und Schleimhautpartikel (letztere durch Prof. SIEBENMANN). Ich berichte in folgendem kurz über das Ergebnis:

1. Haut (Fig. 2).

Die Epidermis ist kaum verändert. Weder Hyper- noch Parakeratose, die einzelnen Schichten und die Zellen sind von normalem Aussehen; nur die Reteleisten erscheinen hier und da etwas verstrichen und die Papillen demgemäſs verbreitert.

Corium: Während der Papillarkörper auſser stark dilatierten Gefäſsen (Venen und Lymphbahnen) und perivaskulären Rundzellinfiltraten nicht viel Pathologisches aufweist, zeigen sich die tieferen Schichten der Cutis sowie die Subcutis bis tief in die subcutane Fettschicht hinein durchsetzt von äuſserst zahlreichen, in straffes, zirkulär angeordnetes Bindegewebe eingebetteten Knötchen, die in der Peripherie Rundzellen, in den zentralen Partien epitheloide, hier und da auch spärliche Riesenzellen enthalten. Bindegewebsbündel und auch feinste elastische Fäserchen sind im Innern der Knötchen anzutreffen; Verkäsung scheint vollkommen zu fehlen. Während die gröſseren Herde regellos im Bindegewebe eingelagert sind, hie und da auch Schweiſsdrüsenknäuel oder eine Talgdrüse einschlieſsen, ist an dem kleineren, noch nicht vollständig ausgebildeten Knötchen öfters deutlich zu erkennen, daſs sie sich ursprünglich aus perivaskulären Infiltraten entwickeln. Die Gefäſse selber sind zum Teil, besonders in der Papillarschicht, enorm erweitert (Venen und Lymphgefäſse); ihre Wandung ist stark verdünnt und reduziert. Im Gegensatz

---

[2] *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889. II. Jahrg. 260 und *Iconographie: le musée de l'hôp.* St. Louis.

[3] *Archiv für Dermat. u. Syph.* 1907. Bd. 84.

dazu treffen wir bei den Arterien die Wand oft verdickt, Media und Intima, oft auch die Endothelschicht, gewuchert. Das Bindegewebe ist kernarm, zum Teil gequollen und serös durchtränkt, das elastische Gewebe in der papillären Schicht normal, im Bereich der Infiltrate fast vollkommen fehlend und, wo es noch vorhanden, in seinen färberischen Eigenschaften verändert (Elacin). Plasmazellen fehlen, Mastzellen finden sich ziemlich reichlich, besonders in der Umgebung der Knötchen.

Die Anhangsgebilde der Haut lassen, soweit sie nicht passiv in den Prozefs hineinbezogen sind, keine Veränderungen erkennen.

2. Muskel (vgl. Fig. 3, nach einem dem linken Sternocleidomastoideus entnommenen Stück):

Wir sehen zunächst eingelagert zwischen die Muskelbündel Knötchen von demselben Aufbau wie in der Haut. Wir vermissen weder die dicke Bindegewebskapsel, noch die verdickten Gefäfse, noch die lymphoiden, epitheloiden und Riesenzellen (diese sind hier in viel gröfserer Zahl vorhanden). In ganz eigentümlicher Weise nimmt das Muskelgewebe selber an dem pathologischen Prozesse teil. Das Endomysium ist um jede Faser stark gewuchert und verdickt, so dafs ein dickwandiges, netzartiges Geflecht entsteht, in dessen Maschen die einzelnen Muskelfasern liegen. Das Ganze könnte man am ehesten als Cirrhose des Muskels bezeichnen. Die Muskelfasern selber erscheinen zum Teil etwas gequollen, zum Teil sind sie wie erdrückt, schmal und atrophisch, so besonders in unmittelbarer Nähe der Knötchen. Neben den grofsen, typischen ovalen Muskelkernen sieht man im Innern der Faser häufig kleinere, runde und stark färbbare Zellkerne. Es handelt sich offenbar um eingewanderte Rundzellen. Und nun läfst sich durch Vergleichung verschiedener Schnitte deutlich verfolgen, wie diese Zellen allmählich sich vermehren, wie zugleich die Muskelfaser immer atrophischer wird und schliefslich ganz verschwindet, und wie aus diesen intramuskulären Infiltraten sich die typischen Knötchen entwickeln. Es handelt sich demnach um einen Prozefs, den man mit Fug als Lupus pernio des Muskels bezeichnen kann.

3. Die Schleimhautinfiltrate in Nase und Larynx weisen (nach den Untersuchungen von SIEBENMANN) denselben tuberkuloiden Bau auf wie die Hautinfiltrate.

Tuberkelbazillen habe auch ich, trotzdem sehr viele Schnitte durchmustert wurden, vermifst.

4. Das Blut ist bisher in zwei Fällen von Lupus pernio untersucht und dabei normal gefunden worden (JARISCH,[4] KLINGMÜLLER). Anders bei unserem Patienten. Meine Untersuchung am 2. Januar 1907 ergab folgende Werte:

[4] V. Kongrefs der Deutschen Dermat. Gesellschaft.

Hämoglobin: 18 gr in 100 gr Blut, das ist 128,5 % der Norm. (Bestimmung mittels des FLEISCHL-MIESCHERschen Apparates.)

Erythrocyten: 7100000 in cmm = 142 % der Norm. (Gestalt und Gröfse der roten Blutkörperchen normal.)

Weifse Blutkörperchen: 12500, und zwar verteilen sich dieselben folgendermafsen (Färbung mit Triacid und eosinsaurem Methylenblau):

Polynukleäre, neutrophile Leukocyten	81,6 %
Lymphocyten	4,0 %
Prosse mononukleäre und Übergangsformen	13,4 %
Eosinophile Leukocyten	0,6 %
Mastzellen	0,4 %

Es geht aus diesen Zahlen hervor, dafs die Zusammensetzung des Blutes ganz erheblich von der des normalen abweicht. Es besteht zunächst eine sehr ausgesprochene Hyperglobulie und Hyperglobinämie, und zwar müssen diese erst in der letzten Zeit eingetreten sein; denn vor einem Jahre waren die Werte noch normal oder unternormal (vgl. SIEBENMANN). Die Ursache dieser auffallenden Veränderung ist kaum anzugeben; vielleicht liegt eine Eindickung des Blutes infolge des aufserordentlich grofsen Wasserverlustes durch die Schweifse vor (Patient mufste an manchen Tagen 15 bis 20 Mal das Hemd wechseln). Die Medikation ist keinenfalls als Ursache anzuschuldigen. Ein Zusammenhang mit dem in der letzten Zeit mehrmals beschriebenen Krankheitsbild der Hyperglobulie mit Milztumor und Hypertonie scheint nicht zu bestehen; dazu war die Milz viel zu klein und Blutdruck zu niedrig (135 mm Hg an der Radialis nach RIVA-ROCCI).

Auch die Veränderungen im System der weifsen Blutkörperchen verdienen unser Interesse. Sie sind konstant, denn schon SIEBENMANN hat sie konstatiert. Es besteht eine Leukocytose, die hauptsächlich durch die Vermehrung der polynukleären Formen zustande kommt, während die Lymphocyten stark vermindert sind.

Merkwürdig ist die enorme Vermehrung der Übergangszellen (13,4 % statt 3 bis 5 %). Es ist dieser Befund deshalb besonders interessant, weil Ähnliches öfters gerade bei der Tuberkulose des Lymphdrüsenapparates gesehen worden ist.

Die Diagnose des eben beschriebenen Krankheitsbildes brauche ich — angesichts der typischen, klinischen und histologischen Veränderungen — wohl kaum eingehend zu diskutieren, um so weniger, als sie in der Versammlung der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern allseitig bestätigt worden ist.

Über die Ätiologie der Erkrankung vermag uns leider auch unser Fall keinen sicheren Aufschlufs zu geben. Bazillennachweis, Tierexperiment

und spezifische Reaktion haben ebenso im Stiche gelassen wie bei fast allen früheren Beobachtungen. Die Beziehungen des Lupus pernio zum Lupus vulgaris liegen ja so offen zutage, daſs sie schon den ersten Beobachtern aufgefallen und seither öfter, besonders eingehend von JADASSOHN und KLINGMÜLLER,[5] diskutiert worden sind. Das Problem ist, darin muſs ich KLINGMÜLLER beistimmen, immer noch ein ungelöstes. Von verschiedenen Autoren, ganz besonders von JADASSOHN, werden echte lupöse Veränderungen beschrieben; auch in unserem Falle sind die Knötchen an den Nasenflügeln wohl kaum anders zu deuten. Um so merkwürdiger und unerklärlicher scheint es mir jedoch, daſs trotzdem alle spezifischen positiven Kriterien für Tuberkulose versagen. Allerdings, der klinische Verlauf, die Knochenherde, die ulcerierenden Knötchen und vor allem der histologische Aufbau, sie rufen immer wieder den Gedanken einer echten Hauttuberkulose wach; dazu kommt noch in unserem Falle die Vermehrung der Übergangszellen im Blute.

Mit einer kurzen Bemerkung möchte ich noch die Gefäſsverhältnisse streifen. Die Beobachtung von KREIBICH,[6] „daſs sich ein indifferentes perivaskuläres Zellinfiltrat an verschiedenen Punkten durch Einlagerung von epitheloiden Zellen zu den oben beschriebenen Herden verbreitert", kann ich durchaus bestätigen. Es scheint mir dies neben der Tatsache, daſs die Wandung der Gefäſse selber Veränderungen erleidet, von Wichtigkeit zu sein; dadurch wird die hämatogene Entstehung des Leidens bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich gemacht. Noch mehr in die Augen springend ist die enorme Dilatation der Venen und Lymphgefäſse und das interstitielle Ödem. KREIBICH nimmt an, daſs diese Veränderungen das Primäre seien, „daſs die venöse Stauung die Disposition zur Infektion abgebe". Ich möchte das Gegenteil für viel wahrscheinlicher halten: die Tumoren entwickeln sich primär und vorwiegend in der Höhe des tiefen Gefäſsnetzes. Durch sie und durch die intensive Bindegewebswucherung wird auf die zwischenliegenden Gefäſse ein Druck ausgeübt, und dadurch kommt es zur Stauung und Dilatation in den höher gelegenen Venen und zum Ödem.

Was unserem Falle sein ganz besonderes Gepräge gibt und ihn von den früheren unterscheidet, das ist die Ausdehnung des Prozesses. Erkrankungen der Schleimhäute (erster Fall von KLINGMÜLLER, MURSIN[7]) und der Drüsen (dritter Fall von KLINGMÜLLER), sind zwar auch schon beschrieben worden, aber nicht in so ausgedehnter Weise; dazu kommt die Beteiligung der Muskulatur, des subcutanen Gewebes an den ver-

[5] MRAČEK, Handbuch der Hautkrankheiten. IV. 1.
[6] *Archiv. für Dermat. u. Syph.* Bd. 71.
[7] Vgl. JADASSOHN, *l. c.*

schiedensten Stellen des Körpers. Die Milz ist vergröſsert, das Blut zeigt ganz schwere Veränderungen im System der weiſsen und roten Blutkörperchen, der Allgemeinzustand ist intensiv alteriert: mehrmals traten, wie oben beschrieben, akut Fieberanfälle mit Schüttelfrösten, allgemeine Prostration und erysipelähnliche Schwellungen auf. Dabei klagte der Patient über heftige Glieder- und Kopfschmerzen, über absolute Schlaflosigkeit und über profuse Schweiſsausbrüche. Nach einiger Zeit klingen die stürmischen Erscheinungen wieder ab; die lokalen und die allgemeinen Symptome bessern sich. Wir haben ganz das Bild einer akuten Vergiftung, einer Überschwemmung des Organismus mit Toxinen vor uns. Aus diesen eben angeführten Tatsachen folgt aber eines, meines Erachtens im beschriebenen Falle das Wichtigste: der Lupus pernio kann — wenigstens in gewissen Fällen — nicht als eine Erkrankung bloſs des Tegumentes angesehen werden; er stellt eine Allgemeinerkrankung dar, die mannigfache Organsysteme ergreifen und vor allem das Allgemeinbefinden erheblich in Mitleidenschaft ziehen kann.

(Aus dem Laboratorium von Dr. Meirowsky-Graudenz.)

Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmentes.

Von

Dr. med. vet. W. Hellmich-Graudenz,

Tierarzt.

Mit einer Tafel.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Meine eigenen Versuche lehnen sich an die Versuche Meirowskys und Grunds an. Während Meirowsky das konzentrierte elektrische Licht der Finsenlampe bei seinen Versuchen verwandte, benutzte ich, wie Grund, die natürliche Lichtquelle, das Sonnenlicht. Als Objekte dienten mir zwei schwarzbraune Kaninchen mit einzeln eingestreuten weiſsen Haaren. Beiden Tieren wurde auf dem Rücken eine Stelle von Handtellergröſse ausrasiert.

Um eine günstige und andauernde Lichteinwirkung zu erzielen, wurden die beiden Tiere dann in einen Käfig gesetzt, der sowohl an den Seiten als auch namentlich von oben dem Licht den Eintritt gestattete. Auf diese Weise waren die Versuchstiere von Tagesanbruch bis zum Beginn der Dunkelheit dem vollen Tageslicht ausgesetzt.

Die Resultate meiner Untersuchungen waren bei beiden Tieren dieselben.

Die frisch rasierte Hautstelle war hell, fast weiſs; nur an einigen Stellen fanden sich kleine schwarze Inseln. Während nämlich bei dem

weitaus gröſsten Teil der schwarzen Haare die Wurzel und der Anfangsteil des Schaftes farblos war, zeigte sich hier das Haar in toto schwarz. Grund, der bei seinen Versuchstieren dieselben Beobachtungen machte, sagt hierüber folgendes:

„Die Erklärung für die Ursache der Pigmentierung in den letzterwähnten Fällen bot die Untersuchung der Haare. An den makroskopisch farblosen Stellen waren nämlich die Haare im Zustande des Kolbenhaares, also des ausgewachsenen Haares. In diesem Zustande ist, wie bekannt, auch das Haar selbst, soweit es in der Haut verborgen ist, pigmentlos bis auf wenige körnige Reste. Auch die Haarmatrix war in vielen Fällen gänzlich pigmentlos, entsprechend dem Verhalten der Epidermis. Immerhin war hier häufiger leichtes körniges Pigment zu treffen. Stärker pigmentierte Zellen fehlten. Wo makroskopisch viel Pigment zu sehen war, waren im mikroskopischen Bilde die Haare als Papillenhaare zu erkennen, also als Haare, deren Wachstum noch nicht beendet ist. Alsdann ist das ganze Haar ebenso wie ein groſser Teil der Matrix hochgradig pigmentiert. Das Durchschimmern dieses Pigmentes durch die Epidermis ruft die dunkle Färbung der Haut hervor. Der ganze Befund findet seine Erklärung darin, daſs viele Haustiere, und in diesem Sinne müssen die Kaninchen zweifellos zu ihnen gerechnet werden, einen unregelmäſsigen Haarwechsel haben (Schwalbe)."

Am fünften Tage begann die rasierte Haut einen leichten grauen Farbenton anzunehmen, der täglich intensiver wurde. Acht Tage nach Beginn der Belichtung war die Haut schon schwarzgrau, nach weiteren acht Tagen war die ganze anfangs nahezu schneeweiſse Fläche tiefschwarz geworden. Die Regeneration der Haare erfolgte anfangs sehr langsam. Am zehnten Tage nach dem Rasieren waren die jungen Haare etwa $^1/_2$ mm hoch. Von da ab erfolgte das Wachstum rascher. Drei Wochen nach dem Rasieren waren die Haare bereits $^1/_2$ bis 1 cm lang. Auffallend war hierbei der Unterschied zwischen den neugewachsenen Haaren der rasierten Hautstelle und den übrigen Körperhaaren. Erstere zeigten nämlich einen bedeutend dunkleren Farbenton wie letztere.

Zu gleicher Zeit war aber auch schon wieder ein Hellerwerden der Haut zu bemerken, da das rasch stärker werdende Haarkleid schon die Lichteinwirkung beeinträchtigt hatte. Nach weiteren acht Tagen war die Haut nur noch grauschwarz, wiederum eine Woche später dunkelgrau und sieben Wochen nach dem Rasieren war makroskopisch kein Unterschied zwischen der Haut der rasierten Fläche und der des übrigen Körpers zu bemerken, mit Ausnahme des dunkleren, glänzenderen Aussehens der Haare jener. Wie vor dem Rasieren waren aber die Haare nur im oberen Teil pigmentiert, Wurzel und Anfangsteil des Schaftes dagegen farblos.

Die mikroskopischen Befunde dieses Depigmentierungsprozesses sollen später an anderer Stelle erörtert werden.

Der mikroskopische Befund war folgender:

Bei beiden Versuchtstieren exzidierte ich täglich auf der rasierten Fläche ein etwa 1 qcm grofses Hautstück. Die Stücke wurden 48 Stunden in absolutem Alkohol fixiert und gehärtet, in Celloidin eingebettet.

Gefärbt wurde nach PAPPENHEIM-UNNA, einer Methode, welche MEIROWSKY bei belichteter Haut zum ersten Mal anwandte. Der Zellleib nimmt Pyronin auf, aber nicht in solcher Menge wie die Nukleolarsubstanz, die intensiv rot gefärbt erscheint, während der Kern eine blaue Färbung annimmt. Da sich auf diese Weise die einzelnen Zellbestandteile sicher von einander unterscheiden lassen, ist auch jede Veränderung, welche mit einem dieser Zellbestandteile — Zellleib, Kern, Kernkörperchen — vor sich geht, leicht festzustellen.

Die erste Excision erfolgte sofort nach dem Rasieren. Der Befund ist also der der normalen, unbelichteten Haut.

Weder an diesen Schnitten noch den Schnitten der am folgenden Tage exzidierten — also ein Tag belichteten — Hautstelle konnte ich Pigment in der Epidermis nachweisen. Auch die Cutis erwies sich als völlig pigmentfrei. Die Zellen der Stachelschicht zeigen die bekannte rundliche Form. Der bläschenförmige Kern enthält ein bis zwei kleine kuglige Kernkörperchen. Bei fast allen Präparaten zeigen sich Kernteilungsfiguren in gröfserer Anzahl.

Dagegen wiesen Schnitte der nach zweitägiger Belichtung exzidierten Hautstelle bereits Abweichungen von diesem normalen Bau auf. Überall zeigte sich mehr oder weniger eine Vermehrung der Nukleolarsubstanz, wobei die verschiedensten Modifikationen derselben auftreten. Es fanden sich Zellen, deren Kern statt der normalen Zahl von ein oder höchstens zwei Kernkörperchen deren sieben, selbst acht enthielten. Andere Kerne haben weniger, dafür aber aufserordentlich vergröfserte Kernkörperchen. An mehreren Stellen sieht man Zellen, deren Kern nur einen einzigen, dafür aber riesengrofsen, fast den ganzen Kern ausfüllenden Nukleolus besitzt. Besonders interessant sind die Veränderungen, welche die Nukleolarsubstanz in ihrer Form zeigt. Fast überall ist die normale Kugelform verschwunden. Die Kernkörperchen sind halbkuglig, eckig, birnförmig. Einzelne sind schmal, aber von aufserordentlicher Länge, den ganzen Kern durchsetzend. Eine häufig wiederkehrende Form ist die Pauken- und Trommelschlegelform. In einem Kern sind oft mehrere Kernkörperchen, welche alle eine ganz verschiedene Gestalt zeigen. Hin und wieder sieht man auch neben grofsen, eckigen oder birnförmigen Kernkörperchen solche von Kugelform, jedoch sind diese dann aufser-

ordentlich klein. Auf jeden Fall ist überall deutlich die Vermehrung der Nukleolarsubstanz ersichtlich.

Besonderen Veränderungen ist ferner die Gestalt des Kernes selbst unterworfen. Normalerweise bläschenförmig, scheint er sich jetzt der Gestalt der Nukleoli anzupassen. Da sich die letzteren auf Kosten der übrigen Kernbestandteile vergröſsert haben, ist er kleiner geworden. Sehr häufig beobachtet man an ihm die Halbmondform. Hierbei sehen wir gewöhnlich ein sehr groſses, verschieden gestaltetes Kernkörperchen dicht am Rande des Kerns liegen, der an dieser Stelle eine halbmondförmige Ausbuchtung zeigt. Andere Kerne sind zwar noch rund, haben aber an einer oder mehreren Stellen halbkugelförmige Ausbuchtungen und zwar immer dort, wo Kernkörperchen dicht an der Peripherie des Kernes liegen. Zwischen Kern und Protoplasma, oft nur an der Stelle der Ausbuchtung, bildet sich bisweilen eine helle Zone. Bei diesen Zellen ist dann meist nur ein schmaler Saum des Protoplasmas übrig geblieben.

Bei der nach drei Tagen exzidierten Hautstellen trat nun eine neue Erscheinung zu Tage:

Austritt von Nukleolarsubstanz aus dem Kern und selbst der Zelle und Umwandlung derselben in Pigment.

Was zunächst den Austritt von Nukleolarsubstanz betrifft, so sieht man, wenn auch nicht ausschlieſslich, so doch vorwiegend in den unteren Lagen der Stachelschicht Zellen, wo die Nukleolarsubstanz im Austritt begriffen ist. Das Kernkörperchen liegt dann gewöhnlich zur Hälfte im Kern, zur Hälfte auſserhalb desselben und zwar meist an solchen Stellen, wo er eine Ausbuchtung zeigt. Das Verhalten der Nukleolarsubstanz auſserhalb des Kernes unterliegt nun verschiedenen Schwankungen. In den meisten Fällen zerfällt dieselbe im Protoplasma in feine Körnchen, die an den Rand der Zelle wandern und dort liegen bleiben. So trifft man bisweilen Zellen an, in welchen sich, von einem groſsen, dicht am Kernrande liegenden Nukleolus ausgehend, eine ganze Reihe von hintereinanderliegenden roten Pünktchen vorfindet, die den ganzen Zellleib durchsetzen und sich dann in der Peripherie desselben ausbreiten. Weiterhin sieht man Zellen, bei welchen die Nukleolarsubstanz auch aus dem Zellleib ausgetreten ist. Wir finden sie dann in den Interzellularräumen meist als feine rote Pünktchen, oft in langer Reihe einzeln hintereinander liegend, oft in groſser Menge dicht bei einander die Räume ausfüllend. Hin und wieder findet sich die Nukleolarsubstanz nicht in Form feiner roter Pünktchen, sondern in Form groſser rundlicher oder langgestreckter schmaler Körper in den Lymphspalten.

Während nun der Austritt von Nukleolarsubstanz bei diesen Präparaten schon an einer groſsen Anzahl von Zellen sichtbar wird, ist das Auftreten von Pigment hier nur auf eine kleine Zahl von Zellen be-

schränkt. Die pigmenthaltigen Zellen treten hier als sogenannte Chromatophoren, d. h. als Pigmentzellen mit teils langen, teils kurzen Ausläufern auf. Diese Chromatophoren liegen mit wenigen Ausnahmen in der untersten Schicht der Epidermis. Die Ausläufer verzweigen sich in den Interzellularräumen der Stachelschicht, einzelne verlaufen unterhalb der basalen Reihe der Epidermiszellen auf der Grenze von Corium und Epidermis. Die Ausläufer dieser Art haben dann meist eine wagerechte Richtung, parallel mit der tiefsten Lage der Keimschicht. Das Pigment selbst tritt in Form feinster, bräunlich-schwarzer Körnchen auf und zwar derart, dafs diese Körnchen am und im Kern dichter liegen als in den Ausläufern, so dafs der Kern oft ganz von ihnen verdeckt wird.

Besonders beachtenswert und wichtig aber ist das Auftreten von Pigment und ausgetretener Nukleolarsubstanz gleichzeitig. Wir sehen eine Chromatophore, neben welcher, unzweifelhaft zu derselben Zelle gehörend, Nukleolarsubstanz in Form von feinen oder gröberen Körnern liegt. Diese Erscheinung ist aber nicht nur an diesen Präparaten, sondern auch bei den späteren Stadien äufserst selten zu finden. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich in der raschen, plötzlich vor sich gehenden Umwandlung der Nukleolarsubstanz in Pigment.

Ähnliche Bilder wie die eben geschilderten brachte die Untersuchung der nächsten Stadien — bis zum achten Tage nach Beginn der Belichtung — hervor. Die Pigmentbildung nimmt zwar zu, aber sehr langsam. Ja, bei einem Präparate — vom siebenten Tage — fand sich sogar scheinbar ein Rückgang, denn trotz genauester und sorgfältigster Untersuchung einer ganzen Reihe von Schnitten liefs sich nur ganz vereinzelt Pigment feststellen. Das betreffende Hautstück war nun an einer Stelle exzidiert, wo die langen Ohren des Versuchstieres einen grofsen Teil des Tages über der Haut aufliegen und darin liegt nach meinem Dafürhalten die Ursache des auffallenden Pigmentmangels dieser Stelle.

Aufser den verästelten Pigmentzellen, den Chromatophoren, trifft man in diesen Präparaten — abgesehen von dem obenerwähnten vom siebenten Tage — auch Zellen an, die wohl im Kern und um den Kern herum Pigment enthalten, aber keine Ausläufer besitzen. Jedoch sind diese noch sehr vereinzelt. Diese nicht verästelten Pigmentzellen des Rete MALPIGHI liegen hauptsächlich in der zweiten und dritten Zelllage, wie denn auch die verästelten Zellen hier sowohl in der basalen Schicht als in den höheren Zelllagen vorkommen. Zwar konnte ich beobachten, dafs sich die unverzweigten Pigmentzellen häufig neben den pigmentierten Fortsatzzellen finden, doch läfst sich darüber kein Gesetz aufstellen, da die Bilder sehr wechseln, nicht nur bei den einzelnen Präparaten, sonder sogar in jedem einzelnen Schnitt.

Wie schon gesagt, war in den ersten acht Tagen nach Beginn der

Belichtung die Pigmentbildung eine minimale. Makroskopisch habe ich die Haut als grau geschildert, erst langsam und allmählich ins grauschwarze übergehend. Vom neunten Tage trat nun ein geradezu plötzlicher Umschwung ein. Die rasierte Fläche nahm zusehends einen schwarzen Farbenton an, und dem entsprach denn auch der mikroskopische Befund. Von diesem Tage an wies die Epidermis eine intensive Pigmentierung auf. Aufser vielen Chromatophoren aber finden sich jetzt hauptsächlich unverästelte Pigmentzellen. Die Zahl letzterer überwiegt die der Chromatophoren bei weitem. Hier tritt jetzt auch das sogenannte Kernkappenpigment auf, d. h. das Pigment hat sich um den dem Lichte zugekehrten Pol des Kerns angesammelt. Daneben findet sich, teils allein, teils gleichzeitig mit Pigmentbildung, Austritt von Nukleolarsubstanz. Bei allen diesen Präparaten ist der Zusammenhang zwischen Nukleolarsubstanz und Pigment deutlich ersichtlich. Alle Stadien der Pigmentbildung finden sich hier vor. So sieht man Zellen, die nur ein oder einige wenige Pigmentkörnchen im Kern enthalten, sonst aber völlig pigmentfrei sind. Bei andern kann man den Austritt von Pigment aus dem Kern beobachten: Der Kern enthält ein grofses Kernkörperchen und von diesem zieht sich eine lange Einzelreihe von Pigmentkörnchen bis an die Peripherie des Zellleibes. Bei andern Zellen sammelt sich das Pigment wieder, analog der Nukleolarsubstanz in den ersten Stadien, in Form feiner Körnchen am Rande des Zellleibes an und umgibt diesen wie ein Mantel. Man könnte hier sagen, das Pigment hat die Zelle austapeziert. An andern Stellen sieht man Reihen von Pigmentkörnchen in den Interzellularräumen liegen, oft scheinbar ohne jeglichen Zusammenhang mit den benachbarten Zellen, oft aber auch aus dem Kerne oder Protoplasma hervorgehend. Aufser den Pigmentkörnchen sieht man hier auch Nukleolarsubstanz liegen, zuweilen neben denselben, meist aber zwischen ihnen oder am Ende der Reihe. So sieht man bisweilen eine lange Reihe von Pigmentkörnchen, die, aus einer Zelle heraustretend, im Interzellularraum verläuft, und am Ende dieser Reihe ein oder mehrere Kernkörperchen von derselben Form und Gröfse wie die Pigmentkörnchen.

Vom zwölften Tage ab findet sich das Pigment auch bereits im Stratum corneum und zwar ebenfalls, wenn auch nicht so deutlich, in Körnchenform. Das Pigment tritt jetzt so massenhaft auf, dafs sich die Zellgrenzen verwischen, jedoch finden sich in fast allen Schnitten immer noch Stellen, die gar nicht oder nur wenig pigmentiert sind, wahrscheinlich den Stellen der Haut entsprechend, wo die einzelnen weifsen Haare stehen.

Die Schilderung der Pigmentbildung im Haar würde hier zu weit führen. Untersuchungen, welche Dr. MEIROWSKY in Gemeinschaft mit

mir an den Haaren und Federn verschiedener Tiere ausgeführt hat, ergaben auch hierfür die Abstammung des Pigmentes aus Nukleolarsubstanz.

Während wir nun hier auf histologischem Wege gefunden haben, daſs das Epidermispigment nicht, wie früher angenommen wurde (v. Kölliker, Aeby, Riehl, Ehrmann, Nothnagel, Karg), aus dem Hämoglobin und der Cutis stammt, sondern ein Produkt der Epidermiszellen selbst ist, ist Spiegler (41) zu demselben Resultat auf chemischem Wege gelangt. Dieser Autor stellte eingehende Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung des Haarpigmentes an. Gegenstand seiner Untersuchungen waren schwarze und weiſse Roſshaare und schwarze und weiſse Schafwolle. Nach einem komplizierten Prozeſs resultierte bei schwarzem Haar und schwarzer Wolle ein schwarzes, bei weiſsem Haar und weiſser Wolle ein helles, graues Pulver. Die Analyse hieraus ergab für den schwarzen Pigmentkörper die Formel $C_{50}H_{58}N_8SO_{12}$, für den hellen Pigmentkörper die Formel $C_{45}H_{78}N_{10}SO_{20}$. Hierüber sagt Spiegler:

„Sehr ins Auge fallend ist der groſse Unterschied im Wasserstoffgehalt wie im Sauerstoffgehalt; der helle Pigmentkörper enthält viel mehr Wasserstoff, Sauerstoff und auch Stickstoff, während er kohlenstoffärmer ist als die schwarze Farbsäure. Der helle Pigmentkörper ist gleichsam zugleich Oxydations- und Reduktionsprodukt des dunklen."

Die Wichtigkeit der Sache veranlaſst mich, auch weiterhin den Autor wörtlich anzuführen.

„Oxydationsversuche mit Pigment führten zu einer neuen Substanz, welche gleichmäſsig aus den Farbsäuren aus Schimmelhaar, schwarzem Roſshaar, weiſser und schwarzer Schafwolle erhalten wurde und ein Licht auf den Aufbau des Pigmentes zu werfen geeignet ist, da alle bis nun von mir untersuchten Pigmente die gleiche Verbindung in guter Ausbeute liefern."

„Die Analyse der Substanz sowie ihre Löslichkeitsverhältnisse, Schmelz- und Siedepunkt stimmen ganz überein mit einer von Butlerow beschriebenen Methyldibutylessigsäure $C_{11}H_{22}O_2$, welche ihrer Entstehung nach als 2.2.3.4.4 Pentamethylpentan—3—carbonsäure $CH_3.C[C(CH_3)2]2$ COOH anzusehen ist."

„Durch die vorliegende Untersuchung ist wohl der sichere Nachweis erbracht, daſs an dem hämatogenen Ursprung des Haarpigmentes nicht weiter festgehalten werden kann. Während die histologischen Untersuchungen keine entscheidende Aufklärung bringen können, gelingt die Lösung des Problems auf chemischem Wege. Sie zeigt, daſs aus dem Pigment der Haare nach sorgfältiger Reinigung keines von den tiefen Abbauprodukten der färbenden Komponente des Hämoglobins erhalten werden kann. Es erscheint daher eine Entstehung aus dem

Hämatin ausgeschlossen. Aufserdem ist hier zum ersten Male die Existenz eines „weifsen Chromogens" festgestellt, welches die Ursache der weifsen Farbe der weifsen Schafwolle und des Schimmelhaares ist, was, wie bekannt, bislang anders gedeutet wurde, und es sind ferner die nahen chemischen Beziehungen des weifsen Chromogens zu den bunten Farbsäuren demonstriert worden."

Das Problem der Entstehung des Oberhautpigmentes ist also auf verschiedenen Wegen in gleichem Sinne gelöst worden.

Fasse ich nun die Resultate meiner Untersuchungen zusammen, so komme ich zu folgendem Schlufs:

An in Pigmentbildung begriffenen Epidermiszellen lassen sich vier Stadien unterscheiden:

Erstes Stadium: Anreicherung des Kerns mit Nukleolarsubstanz.

Zweites Stadium: Austritt von Nukleolarsubstanz ins Protoplasma und in die Intercellularräume.

Drittes Stadium: Gleichzeitiges Auftreten von Nukleolarsubstanz und Pigment in der Zelle und den Interzellularräumen; Verminderung der Masse der Nukleolarsubstanz.

Viertes Stadium: Innerhalb der Zelle und in den Lymphspalten findet sich nur noch Pigment.

Daraufhin können wir behaupten:

I. Die Epidermis besitzt die Fähigkeit autochthoner Pigmentbildung.

II. Als Muttersubstanz des Epidermispigmentes ist die Nukleolarsubstanz anzusehen.

Herrn Dr. Meirowsky-Graudenz spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die mir bei derselben jederzeit gern gewährte Unterstützung meinen besten Dank aus.

Literatur.

1. Simon, Zur Entwicklungsgeschichte der Haare. *J. Müllers Arch. f. Anat.* 1841.
2. v. Kölliker, *Würzburg. naturwissensch. Zeitschr.* 1860. I.
3. Aeby, *Med. Centralbl.* 1885. Nr. 16.
4. Riehl, Zur Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar. *Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. S. 33.
5. Ehrmann, *Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1885. Jahrg. XII. S. 508 und 1886. Jahrg. XIII. S. 57.
6. Nothnagel, Zur Pathologie des Morbus Addisonii. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. IX. Heft 3, 4.
7. Karg, Verhandl. der 1. Versammlung d. anat. Gesellschaft 1887. *Anat. Anzeig.* 1887. S. 377.
8. v. Kölliker, Woher stammt das Pigment in den Epidermisgebilden? *Anat. Anzeig.* 1887. S. 483.

9. v. Kölliker, Über die Entstehung des Pigmentes in den Oberhautgebilden. Sitzungsber. der Würzburger Phys.-med. Gesellschaft v. 4. Juni 1887.

10. — Über die Entstehung des Pigmentes in den Oberhautgebilden. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie.* 1887. Bd. 45. Heft 4.

11. Philippson, Über Hautpigment. *Fortschr. d. Med.* 1890. Nr. 6. S. 15.

12. Unna, Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. 1885. Abschn. VI: Das Pigment der Haut.

13. Ehrmann, Zur Kenntnis und von der Entwicklung des Pigments bei den Amphibien. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1892.

14. Jarisch, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Erg.-Bd. 1890/91. Dermat. Kongr. 1893.

15. Kodis, *Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1889.

16. Evant, *Accad. med. chir. Napol.* 1902.

17. Retterer, Sur le lien et le mode de formation du Pigment cutane chez les mammifers. *Société de biol.* 12. mars 1887.

18. Garcia, Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei menschlichen Embryonen und Neugeborenen.

19. Jarisch, Zur Anatomie und Herkunft des Oberhaut- und Haarpigments. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891. 23. Jahrg.

20. Caspary, Über den Ort der Bildung des Hautpigments. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891. Bd. 23.

21. Kaposi, Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut. Vortrag, gehalten in d. Sektion f. Dermat. des X. internationalen medizinischen Kongresses zu Berlin am 7. Aug. 1890. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891. Bd. 23.

22. Schwalbe, Über den Farbenwechsel winterweifser Tiere. *Morph. Arbeiten.* 1893. 2. Bd. 3. Heft.

23. Blaschko, Verhandl. des X. internationalen medizinischen Kongresses 1895 und *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891. Bd. 23. S. 137.

24. Pluschkow, Beiträge zur Histologie der Haut bei Säugetieren. Kasan 1890.

25. Mertsching, Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Arch.* Bd. 116.

26. Post, Über normale und pathologische Pigmentierungen der Oberhautgebilde. *Virchows Arch.* Bd. 135 und J. D.

27. Grund, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigments. *Beiträge zur pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.* 7. Supplement.

28. Hertwig, R., Physiologische Degeneration bei Actinosphaerium Eichhorni. *Festschrift für Haeckel.* Jena 1904.

29. Rössle, Der Pigmentierungsvorgang im Melanosarkom. *Zeitschr. f. Krebsforschg.* 1904. Bd. II.

30. Staffel, Vortrag im Chemnitzer ärztlichen Verein. *Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 6.

31. Meirowsky, Die Entstehung des Oberhautpigments beim Menschen in der Oberhaut selbst. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1906. 42. Bd.

32. — Die Entstehung des Oberhautpigments des Menschen aus der Substanz der Kernkörperchen. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1906. 43. Bd.

33. — Über den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung nebst Bemerkungen über Albinismus und Cutispigment. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1907. 44. Bd.

34. — Ursprung und Bildung des Cutispigments. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1906. 43. Bd.

35. Leydig, Integument und Hautsinnesorgan der Knochenfische. *Zool. Jahrbuch. Abt. f. Anatomie u. Ontogenie der Tiere.* Bd. 8.

36. Steinhaus, Über abnormale Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe. *Centralbl. f. allg. Pathol.* II. Bd.

37. Maurer, Die Epidermis. Leipzig.

38. Ajello, Sulla istologia patologica del nucleo neglie avvelamenti richerche sperimentali. Catania.

39. Rosenstadt, Studien über die Abstammung und die Bildung des Hautpigments. *Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgeschichte.* 50. Bd. 2. Heft.

40. Galeotti, Über die Granulationen in den Zellen. *Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol.* 1895.

41. Spiegler, Über das Hautpigment. *Beiträge z. chemisch. Physiol. u. Pathol.* 1903. Bd. IV. Heft 1/2.

Erklärung der Tafel.

Alkoholfixierung. Celloidineinbettung. Färbung nach Pappenheim-Unna. Zeiss Okular 6, Ölimmersion. — Protoplasma: rosa; Kern: blau; Nukleolarsubstanz: rot; Pigment: schwarz.

Dauer der Belichtung bei den einzelnen Figuren:

Vor der Belichtung (normale Haut)......	1.
2 Tage belichtet......................	2, 3.
3 „ „	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 24, 28.
4 „ „	19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 43, 44, 45, 47.
5 „ „	21, 30, 31, 37.
9 „ „	14, 17, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 42.
11 „ „	13, 15, 32, 35, 38, 46.

Fig. 1. Normale Zelle der Stachelschicht.

Fig. 2. Vermehrung der Nukleolarsubstanz.

Fig. 3. Vermehrung der Nukleolarsubstanz und Vordringen derselben bis zum Rande des Kernes.

Fig. 4. Austritt von Nukleolarsubstanz in Form feinster Körnchen.

Fig. 5. Beginnender Austritt von Nukleolarsubstanz.

Fig. 6—12. Kernveränderung und Ansammlung der Nukleolarsubstanz in der Peripherie.

Fig. 13—17. Vermehrung und Austritt von Nukleolarsubstanz.

Fig. 18. Kernveränderung und Austritt von Nukleolarsubstanz.

Fig. 19—26. Austritt von Nukleolarsubstanz in die Interzellularräume.

Fig. 27. Austritt von Nukleolarsubstanz in Form großer Kugeln.

Fig. 28. Nukleolarsubstanz durchsetzt in einzelner Reihe das Protoplasma.

Fig. 29. Kernveränderung; die Nukleolarsubstanz umgibt die Zelle wie ein Mantel.

Fig. 30. Austritt von Nukleolarsubstanz in Büschelform.

Fig. 31. Austritt von Nukleolarsubstanz ins Protoplasma und die Interzellularräume.

Fig. 32—41. Gleichzeitiges Auftreten von Pigment und Nukleolarsubstanz im Protoplasma.

Fig. 42—43. Gleichzeitiges Auftreten von Pigment und Nukleolarsubstanz in den Lymphspalten.

Fig. 44—47. In diesen Zellen findet sich keine Nukleolarsubstanz mehr, sondern nur noch Pigment.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 85. Heft 1—3. Mai 1907.

Der ganze Band bildet den zweiten Teil der Albert Neisser von seinen Schülern aus Anlafs der Vollendung seiner 25jährigen Tätigkeit als Professor und Direktor der Breslauer dermatologischen Klinik gewidmeten Festschrift.

Es enthält folgende Originalarbeiten:

I. **Über einen Spirochätenbefund bei einer framboëseformen (tuberkulösen?) Hauterkrankung**, von Walther Pick-Wien. Es handelt sich um eine 60jährige Frau, welche besonders an den Armen mannigfache entzündliche Erscheinungen zeigt, allenthalben, auch in den Narben verstreut bestehen kleine, hirsekorngrofse, wenig prominente, durchscheinende Knötchen von braunroter bis brauner Färbung mit glatter, glänzender Oberfläche. Die Knötchen erscheinen bei der Palpation wenig resistent und entleeren auf Anstich klares Serum und Blut. Einzelne Knötchen sind im Zentrum vereitert und bilden so kleine, wenig prominente Abscesse mit geröteter Umgebung. An vielen Stellen ist der Abscefsinhalt zu grünlichgelben Borken eingetrocknet, unter wechen sich seichte Geschwüre mit scharfen, gezähnten Rändern finden, deren Grund reichlich mit dünnflüssigem Eiter bedeckt ist. Neben diesen kleinen, disseminierten Knötchen finden sich auch gröfsere Knoten, auch bei diesen kommt es im Zentrum zur Vereiterung und Geschwürsbildung, aber der Geschwürsgrund bedeckt sich neuerlich mit halbkugelig prominenten, intensiv roten, stark glänzenden papillomartigen Wucherungen, die sehr dicht stehen und nur durch ganz schmale Furchen von einander geschieden erscheinen. Aus der Tiefe der Furche dringt dünnflüssiger Eiter, zwischen den papillomatösen Bildungen sind einzelne kleine Abscesse, Pusteln, Geschwüre. Als Residuen früherer Entzündungsherde sieht man atrophische Narben. Die klinische Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Syphilis framboësiformis. Antiluetische Therapie versagte, worauf chirurgische Behandlung nach Thiersch angewendet wurde. Mit dem durch die flache Abtragung der Exkreszenzen gewonnenen Materiale wurden Meerschweinchen geimpft, es zeigte sich nichts. Wahrscheinlich handelte es sich um Tuberkulose, obgleich sich keine Tuberkelbazillen fanden, und zwar um eine Tuberculosis framboësiformis, bei welcher vielleicht in der Mischinfektion mit Spirochäten die Ursache der merkwürdigen Form zu sehen ist. Es wäre also möglich, dafs die Tuberkulose hier nur das Terrain vorbereitet hätte, auf welchem dann Spirochäten, einen günstigen Nährboden findend, das merkwürdige Krankheitsbild hervorriefen.

II. **Über eine neue knötchenförmige Hauteruption, Lichen nitidus**, von Felix Pinkus. Es handelt sich um sieben Hauterkrankungen eigener Beobachtung, die Affektion besteht in einem meistens am Penis, seltener am Rumpf und den oberen Extremitäten lokalisierten Knötchenausschlag, der besteht aus einer Epithelveränderung: Nekrose der untersten Lagen, darauf folgend Abschlufs unter Verlust der Retezapfen, sodann Hyperplasie des verhärteten Epithels mit zentraler, zuweilen mit parakeratotischer Verhornung, ferner bestehen die Knoten aus einer granulationsartigen, umschriebenen halbkugeligen, dem Epithel angeschlossenen Cutisinfiltration, die aus Epitheloidzellenansammlung nebst Rundzellenumhüllung besteht und Riesenzellen in wechselnder Menge führt, welche vermutlich zur Zerstörung der abgelösten Epithelzellen verwendet werden. Weder Tuberkelbazillen noch andere Bakterien sind bisher

als Erreger dieses Granulationstumors gefunden worden. Die Krankheit ist als Lichen nitidus zu bezeichnen. Die Lieblingslokalisation ist der Penis, subjektive Beschwerden fehlen vollkommen, die Patienten wissen fast nie etwas vom Bestehen der Hautveränderung. Der Verlauf ist torpide. Therapeutisch wurde nicht eingegriffen.

III. **Ein Beitrag zur Stauungsbehandlung,** von Otto Putzler†-Danzig. In 28 Fällen wandte Putzler das Stauungsverfahren nach Bier an und zwar wurde 25 mal mit der Saugglocke operiert und dreimal die Biersche Stauung angewandt. Die näheren Krankengeschichten erläutern die günstigen Resultate der Methode bei Bubonen, Epididymitis blennorrhoica et non blennorrhoica, Furunkeln, entzündlicher Infiltration bei Trichophytia barbae, Ekzem, entzündlichem Infiltrat nach Quecksilberinjektion, Röntgenulcus.

IV. **Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica,** von Otto Sachs-Wien. Es handelt sich nach dem klinischen und histologischen Befunde bei dem von Sachs eingehend beschriebenen und untersuchten Fall mit einem typischen Fall von plastischer Induration. Es entspricht vollständig der bezüglich dieser Affektion allgemein anerkannten Definition: die plastische Induration der Penis ist eine ohne bisher bekannte Ätiologie chronisch sich entwickelnde Verhärtung, die in der Scheidewand oder in der Tunica fibrosa der beiden Corpora cavernosa penis auf dem Penisrücken in der Medianlinie auftritt und erst sekundär die Schwellkörper ergreift. Die Affektion tritt meist im 40.—50. Lebensjahr auf, die Prognose ist in bezug auf die Heilung ungünstig. Auch S. machte den Versuch, die Knoten bei seinem Patienten operativ zu heilen. Der operative Eingriff selbst ging glatt von statten, nur drei Monate nach der Operation traten wieder neue Knoten in der Nähe der alten auf, der endgiltige Erfolg war also negativ. Jod innerlich ist nutzlos, auch Umschläge mit Burowscher Lösung, Plumb. acet. basic. solut. waren erfolglos, ebenso andere Behandlungsarten (heifse Umschläge, Massage, Röntgen).

V. **Eine Behandlungsweise des Unterschenkelgeschwürs,** von K. Sakurane-Osaku. Um die Granulationsentwicklung der oft sehr schwer heilenden Unterschenkelgeschwüre zu begünstigen, werden nebst geeigneter Verpflegung eine grofse Reihe von Medikamenten angewendet, oder es wird durch Ätzung resp. Auskratzung der im Zerfall begriffenen Gewebsbestandteile des Geschwürs gereinigt. Wenn die Geschwürsfläche zu ausgebreitet ist, so wird die Epithelisierung derselben aufserdem noch mit Epitheltransplantationen befördert. Nach sehr langem Bestehen des Geschwürs kommt es aber nicht selten vor, dafs die Ränder oder der Geschwürsboden überhaupt sich in eine kallöse Masse verwandeln. In diesem Falle kommt die Circumcision nach Nussbaum oder die vollständige Exstirpation des kallösen Gewebes mit nachfolgender Transplantation wohl in Anwendung. Aber diese Verfahren sind nicht immer leicht ausführbar. Bei einem Falle des Verfassers begünstigte die Skarifikation sehr die Granulationsentwicklung und die Überhäutung der Geschwürsfläche.

VI. **Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior,** von C. Schindler-Berlin. Das Vas deferens macht antiperistaltische Bewegungen, sofern es selbst oder das Caput galinaginis mechanisch oder elektrisch gereizt wird, es ist daher kontraindiziert, bei akuter Urethritis posterior instrumentelle Eingriffe irgendwelcher Art zu machen, damit keine Nebenhodenentzündung entsteht. Der Fingersche Standpunkt, bei eingetretener einseitiger Epididymitis jede lokale Behandlung der hinteren Harnröhre zu sistieren, ist aufrecht zu halten, denn es kann sonst der andere Nebenhoden erkranken. Bei Urethritis posterior subacuta und chronica sind bei gonokokkenführenden Urethritiden beizende Injektionen zu unterlassen. Dieser bisher geschilderten Ansicht von Oppenheim und Loew entspricht nicht die Neissers und seiner Schüler und hat

Sch. die Versuche Oppenheims nachgeprüft. Die Versuche bestätigten, daſs tatsächlich durch mechanische Irritationen antiperistaltische Bewegungen der Vas deferens ausgelöst werden. Mit den Guyonschen Instillationen soll man aber gar nicht das Caput gallinaginis berühren und kann also, bei reichlicher Anwendung desselben, den Reiz gar nicht auslösen, ebensowenig vorsichtig angewandte Janetspülung mit Argentum nitricum 0,1 : 600—500. Auch die Gefahren der Prostatamassage sind nicht groſs bei genügender Vorsicht. Verfasser hält an der Ansicht fest, daſs zu keiner Zeit, auch bei frischem Übergreifen auf die Urethra posterior, die antiseptische Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen ausgesetzt werde.

VII. **Beitrag zur Lehre von der Hydroa aestivalis,** von Scholtz-Königsberg. Verfasser beobachtete einen Fall von Hydroa aestivalis, wobei Konjunktiva und Cornea mitbeteiligt waren. Er glaubt, daſs das Auftreten des eigenartigen Exanthems mit einer einfachen Überempfindlichkeit des betreffenden Patienten gegen Lichtstrahlen, seien es nun kurz- oder langwellige, nicht erklären läſst. Die eigentliche Ursache für die Erkrankung der Haut ist in einem eigenartigen Zustande des Gesamtorganismus, vielleicht einer Art Intoxikation zu erblicken.

VIII. **Zur Kenntnis der diphtherischen Hautentzündungen, besonders der durch echte Diphtheriebazillen hervorgerufenen,** von Arthur Schucht - Danzig. In den letzten 1½ Jahren kamen in der Breslauer Hautklinik fünf Fälle von Hautulcerationen mit Nachweis von Diphtheriebazillen zur Beobachtung. Bei drei derselben wurden diese in Reinkultur gezüchtet und deren Virulenz durch den Tierversuch nachgewiesen. Die Entstehungsweise der primären Hautdiphtherie ist eine ähnliche, wie sie für das sog. Ekthyma angenommen wird. Bevorzugt werden solche Gegenden der Haut, die der Maceration besonders ausgesetzt sind und zu jeder Art von Wundsein neigen, ganz besonders bei Kindern. In den untersuchten drei Fällen lieſs sich nichts bestimmtes über die Infektionsquelle ermitteln, es fehlten bei allen gleichzeitige Schleimhautdiphtherie, die vorhandenen Effloreszenzen sind ausschlieſslich Ulcera, anfangs von kleinsten Dimensionen und sehr oberflächlich. Bei längerem Bestande konfluieren sie und werden meist ungewöhnlich groſs; ihre Form ist sehr unregelmäſsig, da die Ränder teils im polycyklischen Bogen, teils in tiefen schmalen Buchten in das Gebiet der gesunden Haut hineinverlaufen. Die Ränder sind leicht infiltriert, intensiv gerötet, zuweilen unterminiert. Der Geschwürsgrund ist mit einem grauweiſsen, fest anhaftenden diphtherischen Belage bedeckt, der die Diagnose begründet. Die Heilung erfolgt ziemlich schnell. Das Studium der drei Fälle lehrt, daſs es möglich ist, bei einer gewissen Art von Hautulcerationen allein aus dem klinischen Bilde mit groſser Wahrscheinlichkeit die Diagnose Hautdiphtherie zu stellen. Doch soll in all solchen Fällen versucht werden, durch Züchtung von Reinkulturen und Virulenzprüfungen die Diphtheriebazillen nachzuweisen.

IX. **Beiträge zur Kenntnis der Schwielen und Hühneraugen,** von Bruno Sklarek-Berlin. Bei den Schwielen handelt es sich um eine Hyperkeratose durch Hornretention und Zellproliferation auf Grund von Hyperämie ohne nachweisbare Entzündung. Es ist eine echte, reine Hypokeratose, es fehlt nur die Verminderung des Eleidins. Sie sind nicht nur Stauungskeratosen. Die vermehrte Zellproliferation ist nicht auf Entzündung, sondern auf passive Hyperämie zurückzuführen. Die Hühneraugen unterscheiden sich von den Schwielen durch ihre Form, auch durch den Gehalt an färbbaren Kernen in der Hornschicht des Dorns; trotz dieser der entzündlichen Parakeratose analogen Erscheinung fehlen aber auch beim Hühnerauge meist im eigentlichen Sinne entzündliche Erscheinungen.

X. **Zur Frage der Vaccina generalisata,** von Stein-Görlitz. Bericht über drei Fälle von Vaccina generalisata. Es scheint sich um Autoinokulation zu handeln.

XI. **Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Sekretion und die sekretbildenden Zellen der Bürzeldrüse der Ente,** von Margarete Stern-Breslau und L. Halberstaedter-Batavia. Die Verfasser liefsen Röntgenstrahlen auf die Bürzeldrüse von Vögeln einwirken, um hierdurch einen Anhaltspunkt für die Wirkung auf die Talgdrüsen des Menschen zu gewinnen. Ein sicheres Resultat bei den allerdings nur kurze Zeit und an wenigen Tieren ausgeführten Untersuchungen hatten Buschke und Schmidt nicht erzielt, während die Verfasser dieser Arbeit deutliche Veränderungen an bestrahlten Bürzeldrüsen der Enten verzeichnen können.

XII. **Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Blennorrhoe beim Manne,** von Emil Taufer-Fiume. Die Erfahrung lehrt, dafs Exacerbationen und Rezidive des Trippers sowohl während als auch nach vollendeter Behandlung zunächst infolge von Pollutionen und Coitus zu entstehen pflegen, besonders dann, wenn gonokokkenhaltiges Drüsensekret infolge von Erektionen und Ejakulation auf die noch nicht völlig geheilte Urethralschleimhaut gelangt. Dieses gonokokkenhaltige Sekret der Drüsen läfst sich in demselben nicht durch Antiseptika oder Adstringentia unschädlich machen; hier hilft nur die Massage der Prostata, der Cowperschen Drüsen, der Urethra und die Aspirationsbehandlung. Verfasser empfiehlt einen Urethralwischer, den er ersonnen und der bei Reimer in Wien zu haben ist. Verfasser gibt seinen Patienten, sobald der zweitgelassene Urin klar ist und keine akutentzündlichen Erscheinungen mehr vorhanden sind, folgenden Rat: zwei bis drei Monate lang den Coitus mit Condom womöglich jeden dritten bis vierten Tag auszuführen, nach jeder Kohabitation oder Pollution sofort eine Spülung mit Hydrargyrum oxycyanatum 1 : 4000 vorzunehmen und sich sobald wie möglich eine Instillation geben zu lassen. Dieses Verfahren leistet bessere Dienste als die Massage oder sonstige instrumentelle Expression der Drüsen des Urogenitalapparates.

XIII. **Ein Beitrag zur Pathologie der Syphilis,** von Egon Tomasczewski-Halle a. S. In einer längeren Abhandlung bespricht Verfasser die klinischen Beobachtungen der sekundären und gummösen Lues nach dem modernen Stande der Wissenschaft und nach der Entdeckung der Spirochaeta pallida. Auch die Spätformen der Lues kommen sicher durch das Syphilisvirus selbst zustande, irritativ-entzündliche und gummöse Affektionen pflegen in der Regel an demselben Individuum zeitlich nacheinander aufzutreten. Roseola, Papel, Tuber und Gumma verdanken einer örtlichen Ansiedlung und Vermehrung der Spirochaeta pallida ihre Entstehung. Die pathologische Einheitlichkeit aller dieser syphilitischen Krankheitsprozesse darf heute als erwiesen angesehen werden; sie beruhen alle auf einer örtlichen Wucherung der Spirochaeta pallida, und ihre klinische Erscheinungsform gestattet auf ihre geringere oder gröfsere Infektiosität einen Rückschlufs und ist zugleich ein Ausdruck für den Gesamtzustand des infizierten Organismus. Dagegen ist ihre Genese, wenn wir von den ersten sichtbaren Allgemeinerscheinungen absehen, vom Standpunkt der allgemeinen Pathologie noch als ein Problem zu betrachten, dessen endgültige Lösung der Zukunft vorbehalten ist.

XIV. **Der Pseudoleukämie ähnliche Hauterkrankung bei schwerer Anämie mit Leukopenie des Blutes (aplastische Anämie Ehrlichs),** von K. Touton-Wiesbaden. Ein klinisch ungewöhnlicher Fall mit einer schweren, ungewöhnlichen Blutveränderung, dessen Verlauf noch abgewartet werden mufs und der vorläufig mit Arsen behandelt wird.

XV. **Ein Fall von seltener, chronischer progressiver Hautgangrän,** von Y. Tsutsui-Chiba i. Japan. Das eigentümliche Krankheitsbild pafst nicht in die bekannten klinischen Bilder ein. Eine Exzision der gangränösen Stelle bis 1 cm weit

in die gesunde Umgebung machte dem Fortschreiten der Gangrän ein Ende. In dem Gewebe fand T. Bazillen eigener Art.

XVI. **Zur Infektiosität des Gumma,** von Fritz Veiel-Cannstadt. Ein glücklich verheirateter Mann von 30 Jahren, der vor sieben Jahren eine Syphilis durchgemacht hat, die nur im ersten Jahre Erscheinungen machte, und der intern mit Quecksilber behandelt worden war, bekam nach vierteljähriger Ehe an der Stelle des früheren Schankers einen Knoten, der aufbricht und Eiter entleert, und ein Vierteljahr später zeigt die junge Frau syphilitische Erscheinungen, die auf ein Alter der Syphilis von etwa drei Monaten hinweisen. Durch den fortgesetzten Reiz, der durch den regen sexuellen Verkehr bedingt war, bildete sich an dem Penis des Mannes und zwar an der Stelle des Primäraffektes ein Gumma und durch dieses Gumma wurde die Frau angesteckt.

XVII. **Kasuistischer Beitrag zum Herpes recidivans chronicus in loco,** von Friedrich Westberg-Hamburg. Es entsteht bei dem Patienten zuerst eine Hyperästhesie in loco, ziemlich zusammenfallend mit allgemeinem Unbehagen und erst kurz nachher ziehende Schmerzen im Verlaufe der Ischiadicusgruppe zentripetal. Nach dem Abheilen der Hauterscheinungen fühlt sich der Patient wieder ganz wohl und merkt auch nichts mehr von Beschwerden. Das ursächliche Moment ist nicht in den Nervenzentren zu suchen.

XVIII. **Über Paget'sche Krankheit,** von Hans von Winiwarter-Lüttich. Ein Fall mit histologischer Untersuchung. Es handelt sich um ein wirkliches Carcinom. Befunde, die auf einen eventuellen Parasiten der Krankheit schliefsen lassen, wurden nicht gemacht.

XIX. **Einige Bemerkungen über Urticaria arteficialis,** von Rudolf Winternitz-Prag. Urticariaquaddeln lassen sich leicht künstlich hervorrufen. Hierbei ist ein Zusammenhang mit dem Reiz- oder Entzündungsmoment deutlich. Mit der trockenen Kapillarspritze mit der als indifferent geltenden physiologischen Kochsalzlösung erhält man nach etwas längerem Intervall kleinere und rascher verschwindende Effloreszenzen. Hierbei ist kurze Zeit nach dem Stich dieselbe sensible Reaktion der Haut, nämlich ein Kitzelgefühl, zu verzeichnen, wie bei Versuchen mit wirksameren Substanzen, wenn auch viel schwächer und kürzer dauernd. Stark reizende, ätzende Stoffe, die entweder selbst leicht diffusibel sind, oder leicht lösliche Anteile enthalten, erregen schöne typische Quaddeln. Bei Salz- und Essigsäure entstanden nekrotische Spitzen der sonst typischen Effloreszenzen. Es ist also die Quaddel als eine der Haut eigentümliche Reaktion auf Entzündungsreize anzusehen. Aber auch Morphin und Atropin gestatten in verdünnter Lösung Quaddeln zu erzeugen, welche selbst in konzentrierter Gabe keine Entzündung, Eiterung oder Nekrose hervorrufen. Es erklärt sich dieses so, dafs eine Reizwirkung auf zentrale und periphere vasomotorische Apparate stattfinden. Auch noch andere Momente, wie die Idiosynkrasie bestimmter Individuen für ganz bestimmte Stoffe, die begünstigende Wirkung gewisser Nervenreize, wie Abkühlung und Erwärmung der Hautoberfläche, auch das Auftreten der Urticaria, das sogenannte reflektorische Auftreten von Urticaria, ihre Häufigkeit bei nervösen Erkrankungen rücken die Wichtigkeit der Beeinflussung der Gefäfsnerven durch die im Blute zirkulierenden Substanzen in den Vordergrund.

XX. **Wirksamkeit der Exzision syphilitischer Primäraffekte,** von P. Witte-Posen. In den letzten sieben Jahren entfernte W. bei 57 Patienten verdächtige Primäraffekte. Von den 50 sicher syphilitischen Fällen haben 47 trotz der Operation sekundäre Erscheinungen bekommen, der Einflufs war also nicht vorhanden. In drei Fällen lag ein positiver Erfolg vor, es folgten keine Syphiliserscheinungen, so dafs es

sich empfiehlt, immerhin die Exzision zu versuchen, da es ja auf keinen Fall schaden kann.

XXI. **Zur Kenntnis der malignen Schweifsdrüsentumoren,** von Richard Wolfheim-Breslau. Aus der Beschreibung der Fälle geht hervor, dafs die malignen Neubildungen, die von den Schweifsdrüsen ihren Ursprung nehmen, schon anatomisch kaum einheitlich zu charakterisieren sind. Vor allem kommen dem Schweifsdrüsenkrebs keinerlei klinische Eigentümlichkeiten zu, die es ermöglichen konnten, eine derartige Diagnose ohne histologische Untersuchung mit Sicherheit zu stellen. Die Bedingungen, die für die Diagnose eines primären Schweifsdrüsenkrebses zu stellen sind, sind folgende: Bei der Annahme der Entstehung eines Hautkrebses von den Schweifsdrüsen aus ist entweder ein sicherer Zusammenhang mit Schweifsdrüsenschläuchen oder Ausführungsgängen nachzuweisen, oder mit drüsigen Bildungen, die sich morphologisch unzweifelhaft als normale oder mifsbildete Schweifsdrüsenanlagen erweisen. Dabei ist vor allem das Verhalten der elastischen Fasern zu prüfen, deren charakteristische Anordnung um die Tumorenmassen einen Anhalt dafür bietet, ob es sich um ein sicheres Schweifsdrüsengewebe handelt oder nicht. Den zerstörenden Charakter der Geschwulst beweist die Bildung solider Zellmassen und das Durchbrechen der Membrana limitans nicht an sich, sondern erst das Überschreiten der normalen Grenzen des Drüsengewebes. Scharf davon zu trennen sind die Formen sekundärer Schweifsdrüsenkrebse.

XXII. **Über extragenitale Syphilisinfektion,** von Valentin Zarubin-Odessa. Bericht über zahlreiche extragenitale Syphilisinfektionen aller Art aus Privat- und Krankenhauspraxis. Besonders in ersterer sind die Fälle nicht selten, ohne dafs die Quelle und der Modus der Infektion oft aufzufinden sind. Auffallend ist die bedeutende Frequenz der extragenitalen Infektionen bei Kindern. Prophylaktisch empfiehlt sich Reinlichkeit und Aufklärung, Vorsicht für infizierte Ärzte und Hebammen und stete Publikation aller Fälle von extragenitaler Infektion.

XXIII. **Über die bei der aseptischen Entzündung des Bindegewebes auftretenden Zellformen,** von Karl Zieler-Breslau. Für die durch Einwirkung des Finsenlichtes hervorgerufene aseptische Entzündung ergibt sich folgendes: Eine Vermehrung der an Ort und Stelle vorhandenen Zellen kommt für die ersten 15 Stunden nicht in Frage, auch nur teilweise für die folgenden Stunden des ersten Tages. In den ersten 15 Stunden sind die im Entzündungsgebiet erscheinenden Zellen als aus der Blutbahn stammende Elemente aufzufassen, und zwar gleichen sie ganz den im strömenden Blute nachweisbaren Formen. In gröfserer Menge erscheinen zuerst, und zwar im Gegensatze zur bakteriellen zum Teil auch Fremdkörperentzündung, die kleinen, rundkernigen Lymphocyten, die sich dann im Gewebe durch Vermehrung des Granoplasmas zu Zellen vom Charakter sog. grofser Lymphocyten umwandeln. So entstehen aufserordentlich vielgestaltige Formen, zum Teil mit grofsem Protoplasmahof und lebhafter amöboider Bewegung (Polyblasten). Ob sie sonst einer Weiterentwicklung fähig sind, ist zweifelhaft, wenn nicht unwahrscheinlich. Sie werden in den frühesten Stadien aus den Gefäfsbahnen mechanisch ins Gewebe angeschwemmt; nur zum kleineren Teil ist ihr Erscheinen durch aktive Auswanderung zu erklären, die aber in allen Stadien und in den späteren anscheinend häufiger beobachtet werden kann. Vorbedingung dieses Angeschwemmtwerdens ist eine durch die Entzündung bedingte Veränderung der Gefäfswände, die auch durch den später reichlichen Austritt roter Blutkörperchen sich erkennbar macht. Gelapptkernige Leukocyten gelangen in den frühesten Stadien in der Hauptsache ebenfalls durch mechanische Anschwemmung ins Gewebe, seltener auf dem Wege aktiver Auswanderung. Sie treten gegenüber der Zahl der Lymphocyten eher etwas zurück. Erst wenn die schädliche Wirkung des

Lichtes deutlich wird (beginnende Nekrose, Kern- und Zellverfall) treten sie immer zahlreicher auf dem Wege selbständiger Auswanderung aus den Gefäfsen ins Gewebe über und überwiegen schliefslich bedeutend. Wie im strömenden Blut zeigen sie vorwiegend pseudoeosinophile, seltener Mastzellengranulationen. — Von Anfang an tritt eine dritte Zellform ebenso aus den Gefäfsen aus, die im normalen Blut schon bis 10% aller kernhaltigen Elemente betragenden grofsen, basophilen Myeloblasten oder Myelocyten. Sie gleichen zwar vielfach sogenannten grofsen Lymphocyten, sind aber meist doch als basophile, ungranulierte Knochenmarkzellen zu erkennen. Da sie einer weiteren Entwicklung fähig sind, ist es nicht wunderbar, dafs man unter ihnen in späteren Stadien nicht nur reichliche Elemente mit Mastzellenkörnelung, sondern auch gelegentlich solche mit amphophiler, selten mit echter eosinophiler Körnelung findet. Im strömenden Blut sind die gleichen Übergänge vorhanden und im Ausstrich viel leichter in lückenloser Reihe zu verfolgen. Das Auftreten dieser Zellen innerhalb und aufserhalb der Gefäfse geht Hand in Hand. Erst am Ende des ersten Tages beteiligen sich an der Zellvermehrung die Zellen der Adventitia der Gefäfse bezw. die ihr angelagerten Zellen und geben zur Entstehung von Elementen Veranlassung, die dann zum Teil von kleinen Lymphocyten nicht zu unterscheiden sind. Anderseits gleichen sie vielfach den „hypertrophischen“ kleinen Lymphocyten und gehören, wie diese und wohl auch die sogenannten Klasmatocyten, in eine gemeinsame Gruppe lymphoider Zellen.

XXIV. **Über einen Fall von akutem, circumskriptem angioneurotischem Ödem,** von G. Zuelcher-Berlin. Besonderes ist in diesem Falle, dafs das akute, circumskripte Ödem hier jedesmal einen anderen Ort befiel, und dafs es nach halbjähriger Pause, gelegentlich einer Fufsverstauchung, wiederum am Orte der Läsion auftrat. Das Auftreten des Leidens stand mit einer schweren Magendarmstörung in nahem Zusammenhange. Therapeutisch empfiehlt sich eine kombinierte antitoxische antinervöse Behandlung mit entsprechender Regelung der Darmtätigkeit und Diät.

XXV. **Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten,** von Jean Schäffer-Breslau. Atypische und seltene Läsionen setzen beim Sitze in der Mundhöhle der sicheren Erkennung oft die allergröfsten Schwierigkeiten entgegen, und gibt daher Sch. in einer grofsangelegten Arbeit treffliche diagnostische Unterscheidungsmittel aus seiner reichen Erfahrung kund. Er bespricht der Reihe nach die primäre und sekundäre Syphilis der Mundhöhle, die Beteiligung der Mundschleimhaut bei Syphilis maligna, die tertiäre Syphilis der Mundhöhle, die Leukoplasie, Munderscheinungen nach Quecksilberbehandlung und ungewöhnliche Eruptionen der Mundhöhle bei Hautkrankheiten (Lichen ruber planus, Erythema exsudativum multiforme, Arzneiexantheme, blasenbildende Schleimhauterkrankungen, Herpes, Psoriasis vulgaris, Quinckesches Ödem und eine eigentümliche Entzündung der Lippen- und Mundschleimhaut bei Pseudoleukämie). Für alles führt Verfasser typische Beispiele an.

Den Schlufs der Festschrift bildet ein Nekrolog Harttungs dem leider verstorbenen Mitarbeiter auch unserer Zeitschrift Dr. Putzler-Danzig, dessen letzte Arbeit seinem Lehrer Neisser gewidmet ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band X, Heft 9. Juni 1907.

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit letalem Ausgange infolge von Carcinom bei einem achtjährigen Knaben, von Josef Gussmann-Budapest. Der äufserst charakteristische, ausführlich geschilderte Fall ist besonders seines malignen

und raschen Verlaufes wegen erwähnenswert. Die Entstehung dieser seltenen Krankheit ist dunkel; einige machen die Lichtwirkung der Sonne und die angeborene, zu krankhafter Atrophie und Degeneration disponierende Hautkonstitution verantwortlich. Kaposi findet das Wesen der Krankheit in einer angeborenen abnormen Bildungs- und Vegetationsanomalie der Haut. Dieser Ansicht schließt sich auch Verfasser an.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 6.

1. **Zur Kenntnis des Hautfarbstoffes als Schutzmittel,** von F. B. Solger-Rostock. S. hat bereits in früheren, in der „*Dermatologischen Zeitschrift*" erschienenen Arbeiten darauf hingewiesen, daſs das Hautpigment ein wirksames Schutzmittel nicht nur gegen die Lichtwirkung, sondern auch gegen andere schädigende Momente, z. B. gegen die Schädigung der Haut durch häufige Durchfeuchtungen ist; daher ist die Haut an Stellen, die solchen Schädigungen besonders ausgesetzt oder für Hautkrankheiten besonders empfänglich sind, auch besonders reich an Pigment. In der vorliegenden Arbeit, in der auch Möllers bekanntes Buch „Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankem Zustande" ausführlich zitiert wird, will S. zeigen, daſs „die Schutzwirkung des Pigmentes zuweilen erst verständlich wird, wenn man sieht, daſs mehrere Faktoren gleichzeitig an einer Stelle angreifen können und besondere Schutzmaſsregeln nötig machen". Das ist z. B. der Fall in den arktischen und tropischen, an Vegetation armen Gegenden, wo einerseits die chemischen Lichtstrahlen auſserordentlich intensiv auf die Haut einwirken, andererseits das dem Organismus an sich nicht zuträgliche Klima bei Krankheiten jeder Art häufig einen bösartigen Verlauf verursacht; die Bewohner dieser Gebiete haben daher zum Schutze gegen diese Schädlichkeiten eine dunkle, pigmentreiche Haut. In Tropenländern dagegen, in denen der Einfluſs der Tropensonne und des Tropenklimas durch starke Vegetation neutralisiert wird, wie z. B. in dichten Urwäldern, haben die Einwohner eine hellere Hautfarbe. Nevins Hyde-Chicago hat nachgewiesen, daſs bei den farbigen Rassen Hautkrebs viel seltener vorkommt als bei den weiſsen. Er erklärt das so, daſs bei gewissen disponierten Individuen die chemischen Lichtstrahlen auf die Haut einen schädigenden Einfluſs ausüben, der schlieſslich zur Carcinombildung führt; die farbigen Rassen aber werden durch ihr Pigment vor der Wirkung der Lichtstrahlen geschützt. Hier bilden, ebenso wie beim Xeroderma pigmentosum, Disposition und Lichtwirkung die beiden schädigenden Momente.

Der Hautfarbstoff wirkt also in mehr als einer Hinsicht als Schutzorgan, wenn es sich auch in letzter Linie immer um Ausschaltung der ultravioletten Strahlen zu handeln scheint. Darum ist der menschliche wie der tierische Körper an den belichteten Stellen stärker pigmentiert. Aber auch Teile, die leicht zu Hauterkrankungen neigen, sind reichlich mit Pigment versehen, weil hier schon geringe Mengen ultravioletten Lichtes schädlich wirken können. Sowohl die Allgemeinfärbung wie die erwähnte Teilpigmentierung wird vererbt, die Anlage dazu muſs bereits in den Keimzellen vorgebildet sein; eine Einwirkung des Lichtes hat damit nicht das geringste zu tun. Intensive Belichtung führt allerdings auch zur Pigmentierung, die aber wieder verschwindet, sobald die Ursache, also die Lichtwirkung beseitigt ist, diese erworbene Pigmentierung, die besonders im Gesicht und an den Händen der weiſsen Rasse sich zeigt, wird nicht vererbt.

2. **Zinkperhydrolsalben in der Dermatologie,** von Theodor Mayer-Berlin. Das von Wolffenstein dargestellte Zinkperhydrol, eine Verbindung von Zinkoxyd und

Perhydrol, wurde in Form eines 25%igen Zinkperhydrolvaselines von Jacoby bei frischen Verletzungen, Quetsch- und Brandwunden mit sehr gutem Erfolge angewendet. Gleich gut sind die Resultate, die M. an der Lassarschen Klinik mit einer 25%igen Zinkperhydrolsalbe bei akuten und subakuten, durch chemische oder mechanische Irritation der Haut verursachten Dermatitiden, ferner bei akuten Exacerbationen chronischer Hautentzündungen erzielte. Besonders prompt war die Wirkung bei ganz akuten Krankheitsvorgängen. Wo die Entzündungsprozesse schon längere Zeit bestanden und bereits Infiltrate vorhanden waren, mufste zum Schlusse der Behandlung auch noch Teer in Form zwei- bis dreimal wöchentlich zu wiederholender Pinselungen appliziert werden; doch war auch in solchen Fällen die Krankheitsdauer abgekürzt. Die 25%ige Zinkperhydrolsalbe, die von Merck in Tuben gebrauchsfertig in den Handel gebracht wird, ist vollständig reizlos und farblos.

3. **Untersuchungen über den Bacillus des Ulcus molle,** von Alberto Serra-Cagliari. (Heft 5 und 6.) S. hat den Bacillus des Ulcus molle, seine Kultur, seine morphologischen und biologischen Eigenschaften, seine Wirkung auf Tiere und Menschen und seine Stellung zu anderen Bakterien zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht und teilt deren Ergebnisse hier ausführlich mit. Aus der Summe seiner Studien zieht er folgende Schlüsse:

1. Auch ohne sog. Reinigung des Geschwürs kann man bei Zerreiben des geschwürigen Materials und geeigneter Verdünnung desselben auch auf den gewöhnlichen Nährböden in Reinkultur und konstant aus den Ulcera mollia einen Bacillus züchten, der in allen seinen morphologischen Eigenschaften dem früher von Ducrey im Eiter und von Unna im Gewebe der venerischen Geschwüre gefundenen Bakterium entspricht.

2. Der Bacillus besitzt morphologische und kulturelle Eigenschaften, die ihn in die Gruppe der Diphtheriebazillen verweisen und dazu berechtigen, ihn zur Gruppe der Corynebakterien von Lehmann und Neumann oder der Skyphobakterien von Casagrandi zu rechnen.

3. Bei intravenöser, subcutaner oder intraperitonaler Einspritzung bei Meerschweinchen, Kaninchen, weifsen Mäusen, Ratten, Hunden und Katzen übt er keinerlei direkte pathogene Wirkung aus. Seine filtrierten und eingeengten Bouillonkulturen erweisen sich ebenfalls als völlig ungiftig für die gewöhnlichen Versuchstiere.

4. Auf die Schleimhaut der weiblichen Genitalien von Hunden, Katzen, Meerschweinchen und Kaninchen verimpft, ruft er keine solchen Veränderungen hervor, die sich mit dem typischen Ulcus molle vergleichen liefsen.

5. Beim Menschen subkutan verimpft erzeugt er ein typisches Ulcus molle, wenn die Kulturen auf Menschen- oder Kaninchenblutagar gewachsen sind und bei den Überimpfungen die achte Generation noch nicht überschritten haben. Die Nukleoprodeide, die Nukleine, die wäfsrigen Auszüge der Bazillen und ihre Rückstände rufen keine Veränderungen hervor.

6. Da sich mit absoluter Sicherheit alle Umstände ausschliefsen lassen, die die Versuchsergebnisse beeinflufst oder vorgetäuscht haben könnten, so darf man schliefsen, dafs das beschriebene Bakterium den Erreger des Ulcus molle darstellt.

7. Da der Bacillus nach den Grundsätzen der Namensgebung eine doppelte Bezeichnung haben mufs, so kann man ihn bei Berücksichtigung seiner Stellung zu den übrigen Bakterien nicht als Bacterium ulceris cancrosi, wie Kruse wollte, bezeichnen, sondern einfach und exakter als Corynebakterium oder Skyphobakterium Ducrey, wenn man nicht die von Colombini vorgeschlagene Bezeichnung Streptobacillus Ducrey weitergebrauchen will. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

April 1907.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Malcolm Morris und Wilfried Fox - Greenwich. Patientin, eine 45jährige Witwe, berichtete, daſs die starkes Jucken verursachenden Hautgeschwülste zuerst im Alter von 12 Jahren, hauptsächlich am Rumpf auftraten, allmählich an Zahl wuchsen und im Alter von 30 Jahren zahllos geworden sind. Keiner der kleinen Tumoren ging jemals spontan zurück, eine Zahl blieb bei Erbsengröſse stehen, andere erreichten die Gröſse einer Haselnuſs. Genauere Untersuchung der Patientin ergab, daſs sie hochgradig nervös, zuweilen deprimiert, zuweilen sehr erregt war. Die Hautgeschwülste waren von zweierlei Art: die einen gestielt, locker und weich, die anderen fest und tiefer sitzend, vom subcutanen Gewebe sich erhebend. Auffallend an dem Falle war jedoch, daſs keine gröſseren gestielten Hautgeschwülste vorhanden und daſs keine Hauptnervenstämme, sondern nur ganz feine Fasern ergriffen waren. Die gestielten Tumoren schienen mehr Jucken zu verursachen als die breit aufsitzenden. Eine Anzahl der Tumoren wurde exzidiert, Schnitte nach verschiedenen Methoden hergestellt und in denselben stets feine Nervenfibrillen in Bündeln zwischen den Schichten fibrösen Gewebes gefunden. Die Affektion ist wohl nahe verwandt mit der von Alexis Thomson ausführlich beschriebenen Neurofibromatosis. Mit zwei Abbildungen über den allgemeinen und den histologischen Befund.

Mai 1907.

Farbe und Krankheit. Ein Beitrag zur Kunst der Hautdiagnose, von Leslie Roberts-Liverpool. Da die Farbe so eng mit Erkrankungen der Haut zusammenhängt, findet es R. merkwürdig, daſs das wissenschaftliche Studium der Farbe niemals als ein wesentlicher Teil der dermatologischen Forschung angenommen wurde und er versucht es, in vorliegender Arbeit eingehender sich mit der Farbe in Zusammenhang mit Hautkrankheiten zu beschäftigen. Es kommen dabei in Betracht:

1. Die Veränderungen in der Qualität des von der Haut reflektierten Lichtes,
2. die Linien, nach welchen die Hauteruption sich verteilt,
3. die Hauptrichtungen, in welchen die einzelnen Flecken und Herde wachsen und
4. die Beziehung der Eruption zum Individuum d. i. der genaue ursprüngliche Beginn derselben und ihre Weiterentwicklung nebst dem Allgemeineinfluſs auf den Organismus.

Roberts möchte die Einteilung in primäre und sekundäre Hautveränderungen als nutzlose Überreste der alten Dermatologie völlig verlassen und hält auch eine genaue Beschreibung der sogenannten Effloreszenz, wie es jetzt gebräuchlich ist, für kein natürliches System der Diagnose; dieses System zwingt den Lernenden, sich seinen Weg durch einen Wirrwar unzusammenhängender Tatsachen zu bahnen und verschleiert dem beobachtenden Auge die beherrschenden Linien der Hautveränderung. Wenn wir eine Eruption mit einer anderen vergleichen und finden ihre Hauptlinien ungleich, dann folgt mit der unabänderlichen Logik der Natur, daſs diese Eruptionen verschiedene Krankheiten bedeuten; dieses System lehrt auch, den Strahlen des Lichts zu folgen und seine Farben und anderen Eigenschaften abzuschätzen. Es kommt ferner nicht selten vor, daſs die Zeichen der Richtungslinien ganz fein und kaum sichtbar sind. Die wachsende Hefezelle muſs mit einer Linse beobachtet werden und in manchen dunklen Fällen von Syphilis können die Linien der wachsenden Effloreszenz beinahe ganz verwischt sein. „Die Natur offenbart nicht die Geheimnisse ihrer Methoden durch glänzende Farben“, so lautet der Schluſs R.s, „aber auch deutliche Farben, die sie oft anwendet, können den Unerfahrenen von ihrer eigentlichen

Bedeutung ablenken.“ Referent gesteht, kein richtiges Verständnis von diesem diagnostischen System trotz mehrmaliger Lektüre bekommen zu haben.

Juni 1907.

Ekthyma vacciniforme bei Kindern, von T. Colcott Fox. Die Affektion, von Hallopeau und Leredde Dermatitis vacciniformis des Kindesalters benannt, besteht aus einer Eruption kleiner Papeln auf gerötetem Grunde, welche durch einen nabelartigen Eindruck in ihrem Zentrum bald das Aussehen von Impfblattern annehmen und durch Autoinokulation sich rasch vermehren. Die Prädilektionsstellen dieser Affektion sind die Genitalorgane und Anus, sie kann sich aber auch bis zu den Knieen und weiter die Unterextremitäten hinab ausbreiten. Die fünf Fälle, welche Fox hier beschreibt, betrafen Kinder im Alter von sechs Wochen, fünf, sieben, zehn Monaten und einem Jahre neun Monaten. In allen Fällen, wie auch den von anderen Verfassern beobachteten, war die Ähnlichkeit mit kongenitaler Syphilis eine auffallend grofse, ebenso andererseits mit Impfpusteln. Nach dem Bersten oder Zusammenfallen der Bläschen können sich die Effloreszenzen mit einer diphtherischen Membran bedecken oder mit einer granulierenden Basis frei liegen und schwer von syphilitischen Papeln zu unterscheiden sein. Durch Konfluenz können sich diffuse exkoriierte Plaques bilden und schliefslich auch marginale erysipelatöse Kongestion vorhanden sein. In den meisten Fällen trat sehr rasche Besserung und Heilung nach den geeigneten therapeutischen Mafsnahmen ein (prolongierte, warme Bäder, milde antiseptische Umschläge und Pulver). F. hält es für wahrscheinlich (nach seinen Befunden), dafs es sich um eine Streptokokkeninfektion hierbei handelt; ob der Schutzpockenimpfung, die in den meisten Fällen einige Wochen vorausging, hierbei irgend eine disponierende Rolle zukommt oder ob sie die direkte Veranlassung zu diesem, mit den Impfpusteln eine gewisse Ähnlichkeit besitzenden Ausschlag gibt, mufs noch offen gelassen werdee. Mit fünf sehr guten Abbildungen.

Juli 1907.

Angiomabildung in Verbindung mit Hypertrophie und Hemihypertrophie, von F. Parkes Weber-London. Die fraglichen Abnormitäten sind kongenitaler Natur oder werden jedenfalls bald nach der Geburt beobachtet, im Laufe der weiteren Entwicklung aber stärker hervortretend und damit auch mehr hinderlich. In dem Falle W.s handelte es sich um ein zwölf Wochen altes Kind, dessen Haut am Kopf und fast der ganzen linken Körperhälfte von glänzend-karmoisinroter oder blauroter Farbe war; bei näherer Untersuchung ergab es sich, dafs diese Verfärbung auf einen diffusen kapillären Hautnaevus zurückzuführen war. Aufserdem war ein kleines, erhabenes Hämangiom (Naevus cavernosus) in der linken Schamgegend und eine hervorspringende erweiterte Vene an der Vorderseite einer Extremität vorhanden. Obwohl in dem vorliegenden Falle noch keine offensichtliche Ungleichheit in der Länge der Glieder zwischen gesunder und affizierter Seite zu konstatieren war, so erklärt es W. für eine Ausnahme, bei Gröfsenzunahme der weichen Gewebe nicht auch die Knochen verlängert zu finden — daher die Bezeichnung Hemi-hypertrophie oder auch Trophödema.

Ein Fall von Epidermalcyste, eingeschlossen in einer alten Herpesnarbe im Gesicht, von Howard F. Warner-London. Die Narbe entsprach bei der 45jährigen Frau genau der Verteilung des ersten Astes des rechten Trigeminus, war tief ausgehöhlt, ihr Grund bestand aus perlweifsem Gewebe mit zahlreichen kleinen, runden Knötchen von etwa 1 mm Durchmesser. Der Herpesanfall war sechs Monate vorher erfolgt und hatte auch die Cornea ergriffen. Ein kleiner Teil der Narbe wurde exzidiert und die Schnitte ergaben das Vorhandensein einer Epidermoidcyste. Die hochgradigen Schmerzen in der Narbe wurden durch eine Mischung von Chloral und

Kampher bedeutend gebessert, in das Auge, welches ebenfalls noch Monate nach dem Herpesanfall Schmerzen verursachte, wurde mit Erfolg täglich Atropin eingeträufelt. Es war das der einzige Herpesanfall gewesen, welchen Patientin durchmachte und an sonstigen Krankheiten waren nur Rheumatismus mit nachfolgenden Herzbeschwerden vorausgegangen. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1907.

Diät als ätiologischer Faktor bei Hautkrankheiten, von Henry W. Stelwagon-Philadelphia. (Vortrag, gehalten auf der 30. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung zu Cleveland, 31. Mai bis 2. Juni 1906.) In erster Linie kommt hier in Betracht die Idiosynkrasie mancher Leute gegen gewisse Nahrungsmittel, wie Erdbeeren, Krebse, Hummern usw., welche bekanntermafsen Urticaria, Erythema u. a. hervorrufen können. In zweiter Reihe sind zu erwähnen Unter- und besonders Überernährung, letztere ist zweifellos bei kleinen Kindern sowohl wie Erwachsenen für viele Fälle von Ekzema verantwortlich; unter diesem Gesichtspunkte ist auch eine ungeeignet zusammengesetzte Nahrung, besonders zu reichlicher Fleischgenufs, zu betrachten. Die nächstfolgende Art umfafst jene Fälle, welche durch toxische Veränderungen in den Nahrungsmitteln entstehen und St. glaubt, dafs manche Fälle von Erythema, die nach Schweinefleisch-, Austern- und Fischgenufs auftreten, eher auf abnorme Zersetzung dieser Speisen (infolge ungeeigneter oder zu langer Aufbewahrung), dann auf die so häufig — vielleicht mifsbräuchlich — genannte Idiosynkrasie. Schliefslich sei noch der Möglichkeit gedacht, dafs chemische Präservativmittel und nicht die Nahrungsmittel selbst in manchen solcher Fälle die Ursache abgeben können.

Diät als therapeutisches Mittel bei Hautkrankheiten, von George Henry Fox-New York. F. möchte vor allem betonen, wie wichtig Regelung der Diät bei allen entzündlichen Affektionen der Haut ist; während man nicht erwarten kann, dafs Diät Lupus, Syphilis oder maligne Neubildungen zur Heilung bringe, so glaubt F., kann sie mit Sicherheit den Allgemeinzustand des Patienten und die lokalen Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade bessern. Sodann ist F. überzeugt, dafs ein grofser Teil unserer Patienten zu viel essen; diesem Umstand in Gemeinschaft mit der sitzenden Lebensweise schreibt er eine grofse Anzahl der entzündlichen Hautaffektionen zu. Ferner ist auch der Überflufs an N-haltigen Nahrungsmitteln oft ein ätiologischer Faktor bei Hautaffektionen. F. hat selten einen Patienten mit chronischer Psoriasis gesehen, bei dem nicht nach sehr reichlichem Fleischgenufs die Schuppenflechte intensivere Kongestion zeigte. Eine Änderung der Nahrungsweise ist immer von grofsem Vorteil, selbst wenn man von einer theoretisch guten Diät zu einer gewöhnlich für weniger gut gehaltenen übergeht. Zucker- und stärkemehlhaltige Nahrungsmittel werden fälschlicherweise oft Patienten mit Hautkrankheiten verboten, F. sah aber nie von diesen Nahrungsstoffen, wenn nicht in Übermafs genossen, die Verschlimmerung einer Akne oder anderen Hautkrankheit. Ebensowenig kann F. das oft ausgesprochene Verbot von Fischen nicht begründet sehen, ja durch die Abwechslung, welche sie gegenüber der gewöhnlichen Fleischkost bieten, sind frische Fische oft von Vorteil. Schliefslich hebt F. hervor, dafs die Art der Speisen vielleicht weniger von Bedeutung ist als die Art und Weise, wie sie genossen werden: allzu rasches Essen, unregelmäfsige Mahlzeiten, eingenommen unter Aufregung und Ärger sind oft die Ursachen entzündlicher Hautkrankheiten. Neben Diät möchte F. nicht versäumen, auf Körperbewegung und kalte Bäder als wichtige Hilfsmittel bei der Therapie der Hautkrankheiten hinzuweisen.

In der nun folgenden Diskussion erklärt es CORLETT für zweifellos, dafs manche Hauterkrankungen mit Verdauungsstörungen zusammenhängen, speziell beobachtete er erythematöse Zustände an Mund und Lippen, welche er häufig nur bei interner Behandlung verschwinden sah. BURNSIDE FOSTER erwähnt, dafs er Psoriasis unter vegetarischer Diät rascher zurückgehen sah; er stimmt mit FOX darin überein, dafs wir genau erfahren müfsten, was unsere Hautpatienten gewohnt seien, zu essen, um dann eine radikale Änderung vorzunehmen, was oft von demselben Vorteil wäre wie Änderung des Klimas. JACKSON legt grofses Gewicht auf möglichst einfache Kost (keine Table d'hote-Küche), immerhin mufs man aber bedenken, dafs ganz einfache Nahrungsmittel, wie Milch, von manchen Personen nicht vertragen werden. Den Einflufs von Tabak, Kaffee, Tee, auf die Entstehung von Pruritus hält J. für sicher und er sah davon die schlimmsten Fälle bei starken Rauchern.

WINFIELD erklärt, im Grunde sei es immer die Hauptsache, zu erforschen, was unsere Patienten gut vertragen können, um zu vermeiden, dafs der Darmkanal mit unnötigen Massen belastet wird; übrigens hält er Fische aufserhalb der Saison für eines der schädlichsten Nahrungsmittel. Auch die übrigen Redner betonen die Wichtigkeit der Diät bei Hautkrankheiten und zwar unter individueller Berücksichtigung.

Dermatitis exfoliativa, von BURNSIDE FOSTER. F. beschreibt vier Fälle dieser Krankheit, welche sämtlich Neugeborene betrafen und von welchen zwei tötlich endeten, bei den anderen beiden nach 14 Tagen resp. vier Wochen Heilung eintrat. Was die Ätiologie dieser Krankheit betrifft, so hält sie F. für eine wahre Infektion, wofür auch Epidemien derselben unter Schulkindern usw. sprechen. Von den weiteren acht Fällen waren drei schwererer Art, beinahe die ganze Haut befallend, betrafen zwei Mädchen im Alter von sechs und zwölf Jahren, welche nach längerer Zeit (zwei Jahren) genasen und einen 35jährigen Fleischer, bei welchem die Krankheit viele Monate bestand und schliefslich tötlich endete. Die übrigen fünf Fälle waren leichterer Art, zeigten keine Allgemeinsymptome, währten nur kurze Zeit und befielen nicht die ganze Hautoberfläche, sondern in vier Fällen hauptsächlich Ober- und Unterextremitäten und im fünften Falle den Rumpf. Was die Behandlung betrifft, so hat F. von keinem inneren Mittel spezifischen Erfolg gehabt, wenn auch in einem der Fälle ebenso wie in solchen von anderen Autoren berichteten Karbollösung innerlich bemerkenswerten Erfolg zu bringen schien. Als beste Lokalbehandlung erwies sich jene mit prolongierten warmen Bädern. Die Krankheit wird auch unter dem Namen Pityriasis rubra oder Dermatitis scarlatiniformis recidivans aufgeführt, F. findet aber obige Bezeichnung treffender.

In der Diskussion, welche auf diesen Vortrag (auf der 30. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologen-Vereinigung) folgte, erklärten sowohl WILLIAM A. PUSEY wie RAVOGLI, dafs sie im allgemeinen den Ursprung der exfoliativen Dermatitis für einen toxischen oder infektiösen halten, dafs aber von dieser als ganz spezielle Hautkrankheit die Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE (identisch mit Lichen ruber acuminatus HEBRA) abzutrennen ist.

SCHAMBERG glaubt, dafs bei der exfoliativen Dermatitis eine grofse Menge von äufseren wie inneren Ursachen vorhanden sind und dafs es verschiedene Typen der Krankheit gebe, akute, welche in sechs bis acht Wochen verlaufen, und chronische, wovon die Pityriasis rubra ein Beispiel ist.

JOSEPH GRINDON stimmt völlig mit SCHAMBERG überein, aber alle Arten von Dermatitis exfoliativa mit einem Namen zu benennen, würde eher das Gegenteil von Vereinfachung bewirken. Einige Fälle, von welchen FORSTER berichtet hat, seien wahrscheinlich Fälle von Impetigo contagiosa.

HERMANN G. KLOTZ erwähnt einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum,

wo das Kind mit dem charakteristischen Ausschlag zur Welt gekommen sei; es sei also schwer zu erklären, wie hier die Infektion zustande gekommen sei.

JAMES C. WHITE wünschte, daſs eine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Typen von Dermatitis exfoliativa speziell vom prognostischen Standpunkt aus getroffen werden solle; es gibt z. B. eine akute, rasch verlaufende, oft rezidivierende Form, welche nach einigen Wochen in Heilung übergeht und im Gegensatz hierzu eine durch Infiltration und kleinlamellöse Abschuppung charakterisierte, seltenere Form, welche beinahe stets tötlich endet.

MONTGOMERY sowohl wie POLLITZER bestehen darauf, daſs die Pityriasis rubra pilaris eine für sich abgeschlossene Krankheit ist und daſs es daneben viele Arten akuter und chronischer Dermatitis mit Abschuppung gibt.

FORSTER erklärte in seinem Schluſsworte, die Frage der Dermatitis exfoliativa habe durch die Diskussion noch keine erschöpfende Beantwortung gefunden und er müsse vorläufig auf seinem Prinzip, eine Dermatitis exfoliativa mit verschiedenen Unterabteilungen anzunehmen, bestehen bleiben.

Die Bedeutung von Indikan im Urin bei gewissen Hautkrankheiten, von F. ENGMAN - St. Louis. Indikan, im Überschuſs im Urin vorhanden, ist, wenn nicht durch Eiterhöhlen oder chronische Eiterwunden verursacht, für E. zweifellos das Zeichen von Darmfäulnis. Es gibt nun Individuen, welche in heftigem Maſse auf durch die Autointoxikation gebildeten Gifte reagieren und diese Reaktion kann in Form verschiedener Hautkrankheiten, wie einem erythematösen, vesikulären, papulösen Hautausschlag sich einstellen. E. scheint es auch, daſs zu wenig Aufmerksamkeit den Arzneiexanthemen geschenkt werde und daſs wir bei Eruptionen, die durch irgend ein bekanntes chemisches Mittel verursacht werden, durch Analogieschlüsse Aufklärung über manche Hautkrankheiten unbekannten Ursprungs, speziell bezüglich der Frage der Autointoxikation finden könnten. Indikanurie, Phosphaturie, Oxalurie, Albuminurie, Glykosurie und verschiedene andere Harnerscheinungen sind Zeichen einer Intoxikation des Organismus und sollten immer genau in Betracht gezogen werden, wenn sie mit Hautkrankheiten zusammenfallen.

Juni 1907.

Die Skrophula-Akrodermatosen, Hyperidrosis und Granulosis rubra nasi, von HENRY G. ANTHONY. A. definiert Skrophula nicht als tuberkulöse Erkrankung, sondern als eine chronische pyogene Infektion der Nasenschleimhaut, welche nach verschiedener Richtung sich ausbreiten kann; durch die Tuba Eustachii hindurch kann sie das Mittelohr und nach Ruptur des Trommelfells die Haut der äuſseren Ohrgegend befallen und so ein Ekzema impetiginosum verursachen. Sie kann längs der vorderen Nase herabgehen und Entzündung der Oberlippen bewirken und längs der hinteren Nasenteile auf Rachen und Gaumen übergehen, die Lymphgefäſse befallen und Vergröſserung der Halslymphdrüsen verursachen, zu Allgemeininfektion führen usf. Die adenoiden Vegetationen sind eines der vielen Stadien der chronischen pyogenen Naseninfektion, ebenso wie die phlyktänuläre Conjunctivitis. Hyperidrosis an Händen und Füſsen sah A. sehr oft in Begleitung der adenoiden Vegetationen und zwar in der Abart des kalten Schweiſses. Die Granulosis rubra nasi, welche meist bei tuberkulösen Kindern oder solchen, die an einer chronischen oder anderen pyogenen Infektion leiden, vorkommt, ist ebenfalls gewöhnlich mit Hand- und Fuſsschweiſs, mit Frostbeulen usf. vergesellschaftet. Es handelt sich also um eine Akrodermatitis, bei welcher Asphyxie und Hyperidrosis kombiniert sind, in einem Falle Asphyxie, in dem anderen Hyperidrosis vorherrschen kann und beide zu verschiedenen Zeiten abwechseln können. Mit seltenen Ausnahmen kommt die Infektion beim Erwachsenen zur Ausheilung, zuweilen aber bleibt sie bestehen; Phlyktaene der Conjunctiva ist

meist eine Begleiterscheinung der Skrophula und bleibt zuweilen auch beim Erwachsenen noch bestehen, in ganz seltenen Fällen stellt sie sich erst in der späteren Lebenszeit ein.

Dermatitis herpetiformis im Kindesalter; Bericht über einen Fall bei einem sechsjährigen Kinde, von Frank Crozer Knowles-Phila. Die Hauptpunkte von Interesse waren in diesem Falle, daſs die Eruption erst sieben Wochen nach der Impfung ausbrach, der groſse Prozentsatz eosinophiler Zellen im Blute, und der starke Gehalt an Indikan im Urin. Bei diesem Falle sowohl wie in der Mehrzahl der aus der Literatur bekannten Fälle handelte es sich um neuropathisch belastete Kinder mit schlechtem Allgemeinbefinden; das männliche Geschlecht herrscht unter den Fällen vor. Prodromalsymptome waren gewöhnlich nicht oder nur in ganz geringem Grade vorhanden. Der gewöhnliche Typus der Eruption war der vesico-bullöse, der nächst häufige der multiforme und sehr selten der papulo-vesikulöse oder pustulöse. Die Verteilung der Efflorescenzen war meist eine allgemeine, Gesicht und Extremitäten vor allem betreffend. Schleimhäute, Fuſssohlen, Handteller, behaarter Kopf waren selten betroffen. Die Prognose bezüglich der Heilung war eine unsichere, bezüglich des Lebens günstig. Vier Hauptunterschiede gibt Verfasser zwischen der Dermatitis herpetiformis der Kinder und jener der Erwachsenen an: 1. bei ersteren fehlt gewöhnlich Jucken (bei 21 von 55 Fällen war es vorhanden), 2. die Eruption ist gewöhnlich nicht multiform (nur bei 12 von diesen Fällen), 3. Gruppenbildung des Ausschlags ist selten (bei 14 von den 55 Patienten vorhanden gewesen), 4. Pigmentierung war als Folgeerscheinung in weniger als ein Viertel der Fälle vorhanden (in 13 von den 55). Mit zwei Abbildungen.

Eine ungewöhnlich ausgedehnte Folliculitis und Perifolliculitis: deren Zusammenhang mit den sogenannten Tuberkuliden, von William B. Trimble. Patient, 46 Jahre alt, in den Vereinigten Staaten geboren und schottischer Abstammung, hatte die Krankheit seit seinem achten Lebensjahr; die Prädilektionsstellen derselben waren alle jene Teile, wo irgendein Druck oder Reibung vorhanden waren (Gesäſs, Rücken, Brust, behaarter Kopf). Die einzelne Efflorescenz beginnt als ein subcutaner, unter der Haut beweglicher, schmerzloser Knoten und ist eher fühl- als dem Auge sichtbar. Die Gröſse variiert von einer kleinen Erbse bis zu einer Haselnuſs. Weiterhin tritt Ruptur der kleinen Geschwulst (nach etwa drei Wochen) unter Austritt einer dickligen, weiſsblutigen Masse, Krusten- und schlieſslich Narbenbildung (nach sechs bis acht Wochen) ein. Selten geht ein Knötchen Rückbildung ohne Eiterung ein Die Ausdehnung der Eruption ist an den zahlreichen Narben an Rücken, Brust, Hals Kopf, Gesäſs und Lendengegend zu erkennen. Hände und Füſse sind frei, ebenso das Abdomen. Der pathologische Befund zeigt nicht die gewöhnlich hier vorkommenden Riesenzellen, aber Verdünnung der Follikel und ringsum dieselben geringe entzündliche Reaktion, entspricht also dem von den Franzosen mit Folliclis und Folliculitis disseminata bezeichneten Bilde; während das klinische Bild mehr einer Hydradenitis suppurativa ähnlich ist. Auch klinisch ist der Fall für T. ein atypischer: abgesehen von der Hautaffektion ist der Mann völlig gesund ohne irgendwelche Neigung zu Skrophulosis, die Prädilektionsstellen sind nicht, wie manche Bücher lehren, Schamgegend, Achselgruben usw.; Koalescenz der Knötchen kommt vor, was nach der allgemeinen Beschreibung bei Granuloma necroticum nicht der Fall ist. Und doch möchte der Verfasser diese Bezeichnung als die geeignetste für den vorliegenden Fall wählen und glaubt, daſs all die Fälle, welche mit Acnitis, Hydradenitis suppurativa, Acne varioloformis, Acne necrotica u. a. m. bezeichnet werden, unter diesem einen Namen zusammengefaſst werden können. Mit drei Abbildungen. *Stern-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band I. Heft 7.

1. **Beseitigung der Hydrocele durch Lagerung des Hodens aufserhalb der Serosa, nach Inzision, Umkehrung und Naht der Vaginalis,** von L. Genouville und M. Péraire. Im Jahre 1900 hat Longuet eine neue Radikaloperation der Hydrocele unter dem Namen „Lagerung des Hodens aufserhalb der Serosa (transposition extrasérense du testicule)“ beschrieben; das Verfahren, das auch bei Hämatocele anwendbar ist, schliefst den Eintritt von Rezidiven aus, ist technisch einfach und absolut ungefährlich und erfordert keine Allgemeinnarkose. Die Verfasser führen bei Hydrocele seit Jahren ausschliefslich diese Longuetsche Operation mit einigen Modifikationen aus, die Erfolge sind, wie die mitgeteilten 45 Krankengeschichten beweisen, vorzüglich. Die Technik ist folgende: Das Skrotum wird über der unteren Partie der Geschwulst etwa fingerbreit seitlich von der Raphe und parallel mit ihr in einer Ausdehnung von 7—8 cm inzidiert, nachdem die betreffende Stelle vorher durch Einspritzung von Cocainlösung anästhetisch gemacht worden ist. Dann erfolgt die Eröffnung der Vaginalis, deren Ränder mit Pinzetten gefafst werden. Um die Innenfläche der Vaginalis und den Hoden für die weiteren Manipulationen unempfindlich zu machen, injizieren die Verfasser in die Vaginalishöhle nach Entleerung der Flüssigkeit 40—80 g einer 5—20%igen Antipyrinlösung, die sie 2—3 Minuten lang einwirken lassen. Die Inzision der Vaginalis wird hierauf vergröfsert, der Hoden aus der serösen Höhle heraus nach aufsen genommen, nach oben geschlagen und mit einer mit Antipyrinlösung getränkten Kompresse bedeckt; die Vaginalis wird umgekehrt und bis auf eine kleine Öffnung für den austretenden Samenstrang hinter diesem durch Kürschnernaht verschlossen. Mit zwei Fingern wird schliefslich auf der Innenfläche des Skrotums am inneren Wundrand neben dem Septum durch Ablösung von Gewebe eine Nische ausgehöhlt, in die der Hoden gelagert wird; die Hautwunde wird vernäht und ein Kompressionsverband angelegt, mit dem die Kranken schon am zweiten Tage nach der Operation aufstehen und herumgehen können.

Das neue Verfahren ist nach den Beobachtungen der Verfasser den bisherigen Operationsmethoden in jeder Beziehung weit überlegen.

2. **Fester Nahtverschlufs der Harnblase durch Ablösung und Vorstülpung der Schleimhaut,** von Paul Delbet. Die gebräuchliche Methode der Blasennaht ist in ihrem Erfolge, wie bekannt, durchaus nicht absolut zuverlässig. D. hat daher eine neue Art von Nahtverschlufs für die Harnblase ersonnen und auch schon in zwei Fällen mit ausgezeichnetem Resultate angewendet; beide Male trat Primärheilung ein. Die Technik dieser neuen Methode ist folgende: An den Rändern der Blasenwunde wird die Mucosa von der Muscularis etwa 1 cm weit abgelöst und Muscularis mit Muscularis in der Weise vernäht, dafs die Nadeln an der Stelle, an der die Ablösung der Schleimhaut aufhört, ein- und an korrespondierender Stelle der anderen Seite ausgestochen werden. Fest zugeschnürt bewirken diese Nähte, dafs die Muskelschicht sich faltet, während sich die abgelösten Schleimhautränder in das Blasenlumen vorstülpen und mit den blutenden Flächen aneinanderlegen. Die Verklebung erfolgt sehr rasch, lange vor der Resorption des zur Naht verwandten Catguts ist ein fester Verschlufs zustande gekommen.

Heft 8.

1. **Studie über einige Fragen bezüglich der Harnstörungen bei Retroversion des graviden Uterus,** von Trillat-Lyon. An der Lyoner gynäkologischen Klinik wurde in zwei Fällen von Harnretention bei Retroversio uteri gravidi festgestellt, dafs die Blase stark gedehnt und trichterförmig gestaltet war, und dafs die

Cervix, ähnlich wie bei Männern mit Prostatahypertrophie der mittlere Prostatalappen, eine Art Ventil bildend in das Blasenlumen, und zwar in die untere enge Partie des Blasentrichters vorsprang. Auf diesen anatomischen Befunden basiert die Erklärung, die der Lyoner Gynäkologe POLLOSSON für die Entstehung der Harnretention bei Retroversion des graviden Uterus gibt. Seiner Anschauung nach ziehen die vordere Wandung der stark ausgedehnten Vagina und die an der Cervix fixierte, ebenfalls stark gedehnte Blase infolge ihrer Elastizität und unterstützt durch den intravesikalen Druck die an sich in das Blasenlumen vorspringende Cervix noch mehr nach vorne und unten, so daſs diese dauernd und fest in die hintere Wand des Blasentrichters hineingepreſst wird; dadurch wird die Entleerung der Blase unmöglich gemacht.

Die Tatsache, daſs ein retrovertierter gravider Uterus nach Entleerung der Blase mit dem Katheter spontan in die normale Lage zurückkehrt oder wenigstens sehr leicht aufgerichtet werden kann, ist bekannt. POLLOSSON glaubt, daſs der kräftige elastische Zug, den die Wandungen der Vagina, der Urethra und der trichterförmig gedehnten Blase auf die Cervix ausüben, nach Beseitigung des durch starke Blasenfüllung gegebenen Hindernisses die Aufrichtung des Uterus herbeiführt oder doch wesentlich erleichtert, allerdings nur in Fällen, in denen der gravide Uterus bereits über das kleine Becken hinausragt, also erst nach Ablauf des vierten Schwangerschaftsmonates.

Im Jahrs 1896 hat LAROYENNE darauf hingewiesen, daſs bei Harnretention infolge von Retroversio uteri gravidi durch leichten Druck auf die hintere untere Partie der Vagina Urinentleerung herbeigeführt wird. POLLOSSON hält dieses Symptom, das auch in den beiden hier mitgeteilten Fällen beobachtet wurde, für konstant und daher für sehr wichtig in diagnostischer Hinsicht. Die merkwürdige Erscheinung ist wohl so zu erklären, daſs der retrovertierte bewegliche Uterus durch den von hinten und unten her wirkenden Druck der Finger aufgerichtet wird, und daſs infolgedessen die Spannung der hinteren Vaginalwand, der Urethra und der Blase sich vermindert und der von ihnen ausgeübte elastische Zug nachläſst; das durch die vorspringende Cervix gebildete Ventil wird damit unwirksam, und der Urin kann wieder abflieſsen.

2. **Beitrag zum Studium der Spontanheilung der Nierentuberkulose,** von MARCEL DESCHAMPS. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band II, Heft 5. Mai 1907.

I. **Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung,** von H. MOUTOT und PETITJEAN. (Fortsetzung.) Es folgen weitere Fälle aller Formen von Syphilis, welche mit Hermophenylinjektionen behandelt wurden, speziell auch gummöse Formen. Die Injektionen mit Hermophenyl (eine organ-metallische, lösliche Quecksilberverbindung) sind von entschiedener Wirksamkeit in der Behandlung der Syphilis; diese Wirkung zeigte sich beim Schanker, auch wurde das Auftreten der sekundären Erscheinungen dadurch verzögert und abgeschwächt. Die sekundären Erscheinungen, selbst ebenso wie die tertiären, heilten oft überraschend schnell, gummöse Ulcerationen vernarbten, Glossitis heilte, Leukoplasien besserten sich, auch eine luetische Hemiplegie wurde auffallend gebessert. Nur in drei Fällen bewies sich die Hermophenylbehandlung als wirkungslos, nämlich bei einem Fall von stets rezidivierenden Plaques im Halse bei einem starken Raucher, bei einem zweiten Fall von rezidivierender Roseola und bei einem phagedänischen Gumma. Im Vergleich mit anderen Quecksilberpräparaten hat das Hermophenyl nach der Verfasser Ansicht einen hervorragenden Platz neben dem Hydrargyrum bijodatum und benzoatum, es ist weniger giftig wirkend

als andere Merkursalze und zeigte nur selten leichte toxische Wirkungen (Gingivitis, Stomatitis, Diarrhoe). Bei einem Falle zeigte sich leichte Argyrie der Haut, die sofort nach Aussetzung der Injektionen schwand. Der Urin zeigte nie Eiweifs, eine sekundäre Nephritis heilte unter der Behandlung, ein Fall von begleitender Diabetes verschlechterte sich nicht. Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen selbst ist nicht gröfser als die anderer Quecksilbereinspritzungen, Zusatz von Kokain, Morphin usw. gewährt keinen grofsen Vorteil. Wegen der geringen Giftigkeit kann man ziemlich grofse Dosen anwenden, eine sterilisierte Lösung von Hermophenyl 10:100 bedarf keines Zusatzes eines Anästhetikum. Es empfehlen sich zweimal wöchentlich Injektionen von 1 ccm, etwa 15 ctg Hermophenyl und zwar intramuskulär, bei schweren Fällen kann man jeden zweiten Tag bis 0,15 gehen, natürlich mit Vorsicht.

II. **Ein besonderer Fall von erythematös-knotiger Hautentzündung infolge von unerkannter Syphilis,** von Giuseppe Verrotti-Neapel. Bei einem Fall von latenter, nicht erkannter Syphilis, infolge eines Trauma, entwickelte sich eine erythematöse, mit Knoten vermischte Hautentzündung ohne Neigung zu Ulcerationen. Der Sitz des Trauma war am Mittelfinger der linken Hand, von hier verbreitete sich die Affektion auf den Unterarm; die knotige Form erinnerte in keiner Weise an Hauterscheinungen, wie sie sonst bei der Syphilis beobachtet werden. Die syphilitische Natur wurde bewiesen durch die Veränderung am Rande einer infiltrierten Plaque, die nach zwei Monaten das Ansehen eines tuberkulösen Syphilids annahm. Spezifische Behandlung bewirkte eine schnelle Heilung. Später zeigten sich gummöse Ulcerationen in den Knoten und an den Armen. Die histologische Untersuchung eines exzidierten subcutanen Knotens ergab nur Granulationszellen und Zeichen beginnender Nekrose.

III. **Syphilis und Diabetes,** von Gaucher und Lacapère. Die Wichtigkeit der Syphilis bei der Ätiologie der Diabetes ist schon seit längerer Zeit bekannt, ein reiches Material liegt darüber besonders aus den letzten Jahren vor. Einen einschlägigen Fall teilen auch Verfasser mit. Auch bei diesem Fall kann man schliefsen, dafs der Diabetes insipidus syphilitischen Ursprungs auf einem Syphilom in der Gegend des vierten Venkrikels beruht, es bestand auch hier Polyurie. Die luetische Zuckerharnruhr kann verschiedene Ursachen haben; sie kann sich in der Tertiärperiode entwickeln, was meist der Fall ist, sie kann aber auch schon im sekundären Stadium in die Erscheinung treten.

IV. **Ein Fall von schankerähnlichem tertiären Syphilid der Vorhaut mit gleichzeitiger alter Scabies und langdauerndem Ikterus benignus,** von Laffout-Paris. Das Gumma erinnerte sehr an einen Schanker, die Scabies konnte leicht eine Roseola vortäuschen. Der Ikterus schwand unter Milchdiät nach einigen Wochen.

Band II, Heft 6. Juni 1907.

I. **Beitrag zur pathologischen Histologie der tertiär-syphilitischen Hauterscheinungen,** von Joseph Nikolar und M. Favre-Lyon. Verfasser untersuchten eingehend zehn Fälle von tertiären Syphiliden der Haut (tuberkulöse, tuberkuloulceröse, gummöse Formen); in allen fanden sie konstant wohlbegrenzte, histologische Bilder, und zwar Riesenzellen und tuberkulöse Follikel. Im infiltrierten Bindegewebe fanden sich junge Zellen um frisch degenerierte Zonen neben den klassischen Veränderungen der Gefäfswände. An der Grenze der Infiltrationszonen findet man um eine obliterierte Arterie gelegen einzelne Knötchen. Geht man von der Peripherie zum Mittelpunkt, so findet man am Rande der Knoten einen Kranz embryonärer Zellen, und zwar Bindegewebszellen, lymphatische Zellen mit sehr reduziertem Protoplasma. Darüber findet man eine mittlere Zone von Epithelzellen kleineren Umfangs

mit reichlicherem Protoplasma und vesikulösem Kern, welche sich weniger leicht färben als die embryonären Zellen. Die Zellgrenzen gehen oft ineinander über und erscheinen dann mehrkernig. Im Mittelpunkt des Knotens bemerkt man Riesenzellen mit unregelmäfsigen Konturen und Ausläufern in die Epithelzellen und glasigem Protoplasma. Diese färben sicht leicht, die Befunde decken sich mit denen von FRIEDLAENDER und KOSTER. Aufserdem finden sich in vielen Fällen noch isolierte Riesenzellen. Nach den Befunden FAVRES bieten alle diese tertiär-syphilitischen Erscheinungen eine grofse Ähnlichkeit mit den als spezifisch tuberkulös betrachteten Erscheinungen; die Differentialdiagnose bietet also histologisch entschieden Schwierigkeiten. Die Feststellung der Riesenzellen, der Epithelzellen und der durch Vereinigung der embryonären, epitheloiden und Riesenzellen im Bereich der Hautläsionen gebildeten Follikel genügt nicht, um mit Sicherheit die tuberkulöse Natur der Läsionen festzustellen. Nur die Impfungen oder die vollständige Heilung unter Quecksilber und Jod können den sicheren Beweis erbringen, ob es sich um Syphilis oder Tuberkulose handelt. Diese Schlüsse sind von grofser Wichtigkeit in bezug auf die allgemeine Pathologie.

II. **Über Tic douloureux des Gesichtes, eine wahrscheinlich kongenitale Lues, und Heilung derselben durch Hydrargyrum benzoatum**, von L. LÉARD. Ausführliche Schilderung eines Krankheitsfalles, welcher zeigt, dafs auch schwere Lokalisationen der Syphilis durch energischen Gebrauch löslicher Quecksilbersalze mit Erfolg bekämpft werden können; hier bewährte sich das Hydrargyrum benzoatum ausgezeichnet, aber erst das Jod brachte die rasenden Kopfschmerzen schon nach wenigen Tagen zum schwinden. Der Vater des Kranken zeigte keine Spuren von Lues, die Mutter hingegen hatte verschiedene Aborte durchgemacht, ein Bruder des Patienten hat Atrophie des Schenkels, auch eine Schwester hatte Hauterscheinungen. Es scheint sich also um kongenitale Lues zu handeln. Die Prognose mufs natürlich wegen der Hirnsymptome und einer Periostitis zweifelhaft bleiben. Eine ähnliche Beobachtung von Tic douloureux des Gesichtes beschrieb kürzlich JULLIEN; auch er erzielte mit spezifischer Therapie glänzende Erfolge. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band VI, Heft 5 und 6. Dezember 1906.

Dieses Doppelheft enthält folgende Originalarbeiten:

I. **Stärkekleister als Hautmittel nebst Bemerkungen über die Skabiesbehandlung**, von H. YAMADA.

II. **Bakteriologische Untersuchung über Piedra columbica**, von N. KOMORITA.

III. **Ein Fall von Herpes zoster bullosus et haemorrhagicus**, von H. YAMADA.

Der übrige Teil bildet Berichte über die Sitzungen der Dermato-Urologischen Gesellschaft in Tokio. In der Sitzung vom 2. Februar 1906 sprachen:

1. MITSUDA: Gewebsveränderungen nach Quecksilberinjektion.
2. TANAKA: Über Inkubationsdauer des Trippers bei Japanern.
3. SATO: Demonstration einer Nierentuberkulose, exstirpiert unter der Diagnose von Nierensteinen.
4. NAKAHARA: Über die Antipyrinexantheme.
5. OHNO: Krankenvorstellung von Keratosis follicularis.
6. TANAKA: Krankenvorstellung von Fibroma molluscum.
7. TANAKA: Über eine unbekannte Hautkrankheit.

8. Dohi: Thimol, ein neues geruchloses Ichthyolpräparat von Prof. Shimoyana.

9. Tanaka: Demonstration eines Lupuskranken.

10. Dohi: Krankenvorstellung eines chronischen phagedänischen Geschwürs.

Am 2. Juni 1906 sprachen:

1. Tanaka: Über zwei Fälle von Blasensteinen, geheilt durch Lithothripsie.

2. Honda: Über Cholesteatom an den Handtellern.

3. Nombre: Ein Fall von Keratosis.

4. Yamada: Stärkekleister als Hautmittel.

5. Toyama: Anwendung von Gynokardseife gegen die Lepra.

6. Metsuda: Demonstration eines Lepraknotens aus der Venenwand entwickelt.

7. Ito: Krankenvorstellung von Gumma des Oberkieferknochens.

8. Dohi: a) Naevi symmetrici, b) Krankenvorstellung von Lichen scrophulosorum, Scrophuloderma und Tuberkulid.

9. Tanaka: Krankenvorstellung von Pityriasis rubra Hebra.

10. Saïto: Krankenvorstellung von Bromexanthem.

11. Inouya: Krankenvorstellung von Peniscarcinom und Lupus erythematosus.

12. Tanaka: Zur Spirochätenfärbung in dem Syphilisgewebe.

Band VII, Heft 1. Februar 1907.

I. **Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in Geweben**, von K. Lakurame.

II. **Desinfektol als Antiscabiosum**, von N. Yeshida.

III. **Beiträge zur Pityriasis rolunda**, von N. Komorita.

Diesen Originalarbeiten schließt sich der Bericht über die Sitzung der Dermato-Urologischen Gesellschaft in Tokio vom 6. Oktober 1906 an. Es sprachen daselbst:

1. Tanaka: Über Herpes tonsurans bullosus.

2. Toyama: Über Ecthyma gangraenosum.

3. Ohmo: Über die Osmidrosis in Japan.

4. Yomose: Dermatitis papillaris capillitii.

5. Inouyo: Lupusbehandlung mit Paquelin.

6. Toyama: Hauttuberkulose und Röntgenstrahlen.

7. Dohi: Krankenvorstellung von Trichoepitheliom.

8. Yamada: Trichophytie in Japan.

9. Aohi: Über Albargin-Glycerin Suppositorien bei Blennorrhoe.

10. Saïto: Über die Behandlung von Prurigo.

11. Tahahaski: Krankenvorstellung von Lupus erythematodes.

12. Ito: Histologische Untersuchung der Tuberkulide.

13. Tanaka: Über die Nierenfunktion der Filiariasis.

14. Tanaka: Einige neue Methoden der Färbung und Zählung der Mikroorganismen im Blute. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. XIII. Mai 1907.

I. **Über einen Fall von Onychogryphosis**, von A. Jordan. Es handelt sich um einen Fall von stark ausgebildeter Onychogryphosis an den Füßen einer 76jährigen, gelähmten Frau, bei der sich die Veränderungen der Nägel angeblich nach dem ersten Schlaganfall eingestellt haben. Die Nägel der Hände waren normal. In bezug auf die Ätiologie des Leidens steht Verfasser auf dem Hellerschen Standpunkt, der Abhängigkeit von tropischen Störungen.

II. **Der schwarze syphilitische Schanker**, von Selenew. Unter einem schwarzen Schanker versteht Verfasser Schanker, die in toto mit einem schwarzen, gangränösen Belage bedeckt sind, so daſs die Umgebung des Belages von normaler Haut gebildet wird. Der Sitz dieser vom Verfasser beschriebenen sogenannten schwarzen Schanker war in den von ihm beobachteten Fällen ein sehr verschiedener, bald auf dem Gliede, bald auf dem Hodensack, bald auf der Oberlippe. Bei der mikroskopischen Untersuchung, unter Färbung nach Romanowsky oder Giemsa, fand Verfasser auſser der Spirochaeta pallida noch einen Parasiten, den er aber auch bei anderen erosiven Ulcerationen der Haut gefunden hat. Verfasser sieht daher als Ursache des schwarzen, gangränösen Belages auf Geschwüren überhaupt, wie auf harten Schankern diesen Parasiten an, den er zu den Protozoen rechnet.

III. **Zur Lehre der Syphilis des Gehirns**, von S. Grusdew. Verfasser hat das pathologisch-anatomische Material des Kronstädter Seehospitals bearbeitet, wo im Laufe von 25 Jahren (1881—1905 inkl.) unter 12 277 Sektionen 21 Fälle von Hirnsyphilis zur Beobachtung kamen. In 16 dieser Fälle handelte es sich um Kranke im tertiären, und in fünf um solche im sekundären Stadium. Als häufigste Todesursache wurden in allen diesen Fällen Gummata des Gehirns gefunden, nächst dem Thrombose der Gehirngefäſse mit Erweichung des Gehirns, weiter Gefäſsthrombose mit ausgedehnten Blutergüssen in die Hirnsubstanz und endlich am seltensten eine eitrige syphilitische Meningitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs die Veränderungen am häufigsten in einer primären Endoarteriitis vom Heubnerschen Typus bestehen und viel seltener in einer frühzeitigen Entwicklung der gewöhnlichen Arteriosklerose.

IV. **Die Bedeutung der künstlichen venösen Stauung bei den tuberkulösen und blennorrhoischen Epididymitiden**, von E. Rothmann. In bisher nur einigen wenigen Fällen von tuberkulöser und blennorrhoischer Epididymitis hat Verfasser die Biersche Stauung angewandt. Der Effekt dieser Behandlung hat ihn bei Tuberkulose sehr befriedigt, aber bei Blennorrhoe weniger, da das Infiltrat sich verhältnismäſsig wenig verkleinerte, wenn auch im übrigen eine entschiedene Besserung zu verzeichnen war.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mraček. 21. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1907.) In dem Abschnitt „Creeping-Disease" behandeln J. H. Rille und E. Riecke dies besonders in Ruſsland, Amerika und Österreich beobachtete Leiden. Wenn auch der Erreger dieser Krankheit von einzelnen Autoren auf Grund eigener Anschauung eingehend beschrieben worden ist, so bereitet doch seine Einreihung in das zoologische System Schwierigkeiten, weil die vorliegenden morphologischen Befunde mit gewissen klinischen Erscheinungen nicht in Einklang zu bringen sind und mit den Lebensbedingungen der entsprechenden Organismen disharmonieren. Auf Grund eigener histologischer Untersuchungen konnte Rille zu der Vermutung kommen, daſs die Dauer der Anwesenheit der lebenden Parasiten an einer Stelle mit dem Grade der histologischen Veränderungen daselbst in Proportion steht, da die stärksten Veränderungen an jenen Stellen zu konstatieren waren, wo der Parasit Ruhepausen gemacht hat, während an jenen Stellen, welche

er in Aktivität schnell passierte, relativ geringe Läsionen im Gewebe entstanden. Drei Abbildungen stellen die pathologisch-anatomischen Verhältnisse dar, wie sie in den Präparaten zutage treten, und deren Mittelpunkt die Linienbildung und der Inhalt der Gänge bilden.

In dem nächsten Kapitel: Pruritus cutaneus (Hautjucken) von ARNOLD SACK-Heidelberg nimmt die Schilderung des Juckens als einer Lebenserscheinung der Haut einen weiten Raum ein. Den Begriff Pruritus definiert SACK als einen chronischen, juckenden Zustand der Haut, bei welchem alle primären Hautläsionen fehlen, wo also lediglich der Juckreiz als solcher im Vordergrunde des klinischen Bildes steht, dessen Ursache in einer krankhaften Erregung bestimmter Tastnervenendigungen in der oberflächlichsten Hautschicht zu suchen ist. Da die überwiegende Mehrzahl der klinischen Pruritusformen dem durch periphere Ursachen bedingten Typus angehören, hat die Unterscheidung in zentrale und periphere Formen für klinische Zwecke keinen Vorteil, ebensowenig wie das ätiologische Moment für eine rationelle Einteilung der Pruritusformen eine Basis abgibt. Um dennoch eine gewisse Ordnung in das Vielerlei der Pruritusfälle zu bringen, trennt der Verfasser sie in zwei Gruppen: die partielle oder lokalisierte und die universelle Form, welche eine eingehende Besprechung finden.

Derselbe Autor behandelt weiter den Abschnitt „Dermatozoonosen" und damit jene Hautkrankheiten, welche durch Milben, Insekten und Würmer hervorgerufen werden. Der Arbeit sind 15 Abbildungen beigefügt. Im Zusammenhang mit ihr steht eine Beschreibung der Maculae coeruleae, welche MORITZ OPPENHEIM-Wien übernommen hat. *Schourp-Danzig.*

Die Syphilis der ehrbaren Frauen. Vortrag in der Pariser Akademie der Medizin, von ALFRED FOURNIER. Deutsch von GASTON VORBERG. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1907.) Der Originalvortrag ist in Band 44 Seite 88 *dieser Monatshefte* referiert worden und verweisen wir auf dieses Referat. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zum Studium und zur Behandlung der Haut- und Drüsenerkrankungen in der Inguinal- und Schenkelgegend, von GEORGES TH. PHOTINOS-Athen. (A. Maloine, Paris 1906.) Es ist quasi ein Werk topographischer Dermatologie, welches uns vorliegt, und welches die Erscheinungen der Haut und der Drüsen speziell in der Inguinalgegend zum Vorwurf genommen hat. Die pathologische Dermatologie dieser Gegend erfordert eine grofse Arbeit und eine Kenntnis aller Zweige der Medizin, Anatomie, Dermatologie, Venerologie, Urologie. Die Art und Weise, mit welcher jeder Teil des Werkes behandelt wird, zeigt, an welche Quellen sich der Verfasser gehalten hat, um ein reiches wissenschaftliches Werk zu schaffen.

Der erste Teil betrifft speziell die Hautkrankheiten, die in dieser Gegend häufig vorkommen, wie Erythrasma, Pityriasis simplex, Pityriaris rosea GIBERT, Intertrigo, Trichophytie, Psorospermosis DARIER, Vitiligo und die syphilitischen Hauterscheinungen.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Anatomie des inguinalen Lymphsystems, der Adenitis acuta et chronica, Adenitis tuberculosa, Adenitis syphilitica, Bubo bei Schankern, Pestbeule und der Adeno-Lymphocele inguinalis.

Auch der Therapie wird in jedem Falle gedacht und eine reiche Literaturquellenangabe hinzugefügt. Ein so umfassendes Werk derart über eine einzelne Gegend ist entschieden als etwas Neues zu betrachten und verdient Nachahmung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Kokkogene Hautleiden. Dr. JESSNERS Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 18. (A. Stuber, Würzburg 1907.) Das neue Heft JESSNERS befafst sich mit den kokkogenen Hautkrankheiten, von denen er vier Typen als dermatologisch wichtigste

Mikrobien bezeichnet: Mikrokokken, Bazillen, Hyphomyceten, Protozoen. Von diesem Gedanken ausgehend entsteht folgende Einteilung:

I. Kokkogene Dermatosen, a) Staphylogene Dermatosen erzeugt durch Staphylococcus albus et aureus. Zu diesen gehören die Impetigines, die Follikulitiden, Furunkel, Karbunkel, Hautabscesse und Pustulosis staphylogenes, b) Streptogene Dermatosen erzeugt durch den Streptococcus pyogenes. Zu diesen gehören Erysipel, Lymphangitis, Phlegmone.

II. Bazillogene Dermatosen, a) Tuberkulöse Dermatosen (Tuberculosis cutis ulcerosa, Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa, Skrophuloderma, Tuberkulide), b) Lepröse Dermatosen, c) Anthrax, d) Ulcus molle, e) Malleus.

III. Mykotische Dermatosen, a) Pityriasis versicolor, b) Trichophytie, c) Favus, d) Ekzema marginatum, e) Blastomykose.

IV. Protozogene Dermatosen, a) Molluscum contagiosum, b) Psorospermosis Darier, c) Syphilis.

Alle diese Typen werden für den Praktiker von dem Praktiker beschrieben und die von Jessner durch langjährige Tätigkeit erprobte Therapie angegeben. Klar und kurz wie alle Hefte, so ist auch dieses neue Heft gehalten, ein praktischer Wegweiser für Ärzte und Studenten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die venerische Ansteckung der Hebammen im Beruf und die Notwendigkeit eines Hebammenversicherungsgesetzes für das Deutsche Reich, von Carl Schindler-Berlin. (Als Manuskript gedruckt.) Mehrere betrübende Unglücksfälle von Ansteckung der Hebammen im Beruf gaben den Anlafs zu der umsichtigen Arbeit. Der erste Teil bespricht die Ansteckungsmöglichkeiten für die Hebammen und den Verlauf der Syphilis bei denselben. Dann folgen Bemerkungen über das Verhalten der syphilitischen Hebamme gegen sich, ihre Familie und das Publikum. Ein weiteres Kapitel betrifft die Frage: Gibt es einen Schutz gegen die berufliche Ansteckung mit Syphilis? Diese Frage mufs leider verneint werden. Und nun kommt Verfasser zu dem Kernpunkt der Sache. Die Linderung des Unglücks, welches durch eine Ansteckung über die Hebamme und deren Familie hereingebrochen ist, kann nur durch eine Versicherung der Hebammen bewirkt werden und zwar empfiehlt sich dafür, worin ihm wohl jeder beistimmen mufs, nach Verfassers Ansicht am meisten ein staatliches Versicherungsgesetz für das ganze deutsche Reich. Man mufs für die Hebammen Unfall-, Kranken- und Invaliditätsversicherung einführen. Die Kosten trägt die Gebärende selbst (etwa 30 Pfennig pro Entbindung oder 50 Pfennig). Jedenfalls müssen die Hebammen für die Ansteckung mit Syphilis im Beruf und für die oft sehr schweren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen ausreichend entschädigt werden. Den Schlufs der verdienstvollen Arbeit bildet eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle aufsergeschlechtlich erworbener Fingersyphilis bei Hebammen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehung zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane, von Nicolo Barrucco. Übersetzt von Ralf Wichmann-Pyrmont. (Otto Salle, Berlin 1907.) Eine zweite verbesserte Auflage liegt in tadelloser Übersetzung vor. Das Werk richtet sich nur an die Ärzte und behandelt die sexuelle Neurasthenie, soweit sie infolge von Erkrankungen der Sexualorgane auftritt, insonderheit die sexuelle Neurasthenie im allgemeinen, das Wesen und klinische Formen derselben, ihr Verhältnis zu anderen Krankheiten und zu Perversionen des Geschlechtstriebes, die Ursachen der sexuellen Neurasthenie, die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie. Klar und umfangreich, wie ein richtiges Lehrbuch werden alle Einzelheiten geschildert, alles liest sich leicht, auch der therapeutische Teil ist mit Liebe bearbeitet und wird jedem Arzte ein gewünschter Führer sein bei

Fällen in der Praxis. Der Übersetzer hat sich ohne Zweifel ein grofses Verdienst erworben, dafs er das schöne Werk Baruccos den deutschen Kollegen zugängig gemacht hat, ihm gebührt unser Dank. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Sexuelle Wahrheiten, von Moriz Perosz-Budapest. (W. Malende, Leipzig 1907.) Die sexuellen Wahrheiten bilden eine wissenschaftliche Untersuchung über Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie der männlichen Fortpflanzungsorgane und sind für Ärzte, Juristen, Eltern und Erzieher bestimmt. Es enthält die persönlichen Erfahrungen, Beobachtungen und Vergleichungen mit den Abnormitäten des sexuellen Lebens der Tiere und zeigt daher die eigenen Anschauungen des Verfassers über diese wichtigen Fragen. Nach einer kurzen Einleitung über Pubertät und Geschlechtsreife bespricht Verfasser die Anatomie und die physiologischen Funktionen von Hoden, Vas deferens, Samenblase, Prostata, Urethra und den normalen Coitus. Über die Onanie geht er dann zu dem Wesen der sexuellen Neurasthenie über und bespricht dann die Impotenz mit ihren Folgen. Dann wendet er sich zu den Perversitäten und ihrer Entwicklung und geht dann näher auf die Therapie, besonders der sexuellen Neurasthenie, ein. Als den Ursprung der meisten Übel betrachtet er die Krankheiten und Veränderungen der Prostata, gegen sie richtet sich daher auch hauptsächlich sein Heilverfahren und zwar in der Hauptsache die Anwendung des faradischen Stromes. Als Instrumente dienen dabei die Prostatarektalelektrode, und eine Urethralelektrode mit einer Beniquéschen Krümmung, eine Elektrisiersonde. Beide pflegt Verfasser auf einmal nur in hartnäckigeren Fällen anzuwenden, und zwar in Fällen von Symptomen, die mit einer Prostatitis chronica einhergehen. Bei Anwendung des faradischen Stromes ist zumeist die Rektalelektrode, der eine Pol, während der andere die über dem Os pubis gelegte flache Elektrode ist. Auch die Anwendungsweise ist wichtig. So darf man einen konstant wirkenden Strom nicht anwenden. Ein solcher hält die Prostata in ständiger Kontraktion, der den Muskeltonus derselben nicht nur nicht hebt, sondern vielmehr noch ermüdet und die Muskulatur der Prostata erschöpft. Das ist sehr wichtig, der Strom mufs jede zwei bis drei Sekunden unterbrochen werden. Die Wirkung besteht in der Abwechslung von Aktivität und Ruhe. Bei dieser Therapie verschwindet beim Patienten von den Symptomen der Neurasthenie das unsägliche unangenehme Gefühl des Leerseins in der Dammgegend. Der absolut sichere Erfolg des Elektrisierens ist das späte Eintreten der Ejakulation beim Coitus, was von grofsem Wert bei einer Zahl von Neurasthenikern (ejaculatio praecox, Impotenz usw,) ist. Stolz bemerkt Verfasser: „Mit meinem in dieser Weise befolgten Verfahren ist es mir gelungen, die unter dem Namen Neurasthenia sexualis bekannte Krankheit zu heilen. Die „charakteristischen" Symptome dieser Krankheit waren verschwunden. Ich scheue mich nicht es auszusprechen, dafs im Kampfe gegen die erwähnte Krankheit und ihre Symptome — es werde mir nicht als Unbescheidenheit angerechnet — mein Verfahren das Wirksamste und Sicherste ist." Der Vorteil des faradischen Stromes ist, dafs er nicht ätzend und nicht schmerzhaft ist. In bezug auf sexuelle Abstinenz ist Verfasser für dieselbe bis zu einer gewissen Grenze eingenommen, zuweilen jedoch mufs der Arzt, den Coitus direkt empfehlen, ebenso hält er, wie jetzt wohl jeder vernünftig denkende Arzt die Aufklärung der reiferen Jugend in sexuellen Fragen für notwendig, die absolute Abstinenz der Männer ist ihm ein physiologisches Absurdum, die relative aber logisch. Weiter bespricht Verfasser die Bekämpfung der frühzeitigen Entwicklung der Sinnlichkeit, für die er Sport, Ausflüge, Fufspartien, Turnen empfiehlt, wogegen er viele schriftliche Schularbeiten, Besuch von Theatern für schädlich hält. Das „dritte Geschlecht" entwickelt sich oft aus den Onanisten, bei ihnen ist auch die Behandlung der Spermatorrhoe von Wichtigkeit, auch dabei bewährt sich die Faradisation der

Prostata. Er ist ein Anhänger der Aufhebung des bekannten Paragraphen gegen die unglücklichen Päderasten. Ein grofses Kapitel widmet Verfasser dann noch den Folgen der Onanie und kommt zum Schlusse auf die Neurasthenie junger Ehefrauen. Das Buch ist lesenswert, bringt viel und wird daher Allen etwas bringen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der gegenwärtige Standpunkt in der Pathologie und Therapie des Ulcus serpens corneae, von Fritz Cohn-Aachen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Band VII, Heft 4. (Carl Marhold, Halle 1907.) Das Ulcus serpens corneae wird gewöhnlich durch Pneumokokken, nur ganz selten durch Bakterien anderer Art hervorgerufen; Vorbedingung für das Zustandekommen des Geschwürsprozesses ist das Vorhandensein eines Epitheldefektes der Cornea, der durch einnn Fremdkörper oder auf irgendeine andere Weise, z. B. durch einen Herpes corneae verursacht sein kann. Die Infektion erfolgt häufig von den Tränenorganen aus. Die Therapie der gefährlichen Affektion ist in leichteren Fällen eine medikamentöse, in schwereren eine chirurgische. Die von Römer empfohlene Pneumokokkenserumtherapie ist zwar aussichtsvoll, aber noch nicht so ausgebaut, dafs sie als absolut zuverlässig und heilbringend gelten könnte. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Konservative Behandlung der Hodentuberkulose, von H. Loze und J. Privat. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 7.) Die Verfasser empfehlen, bei Hodentuberkulose, wenn bereits erweichte Herde vorhanden sind, den Eiter anfangs jeden zweiten, später jeden dritten oder vierten Tag zu aspirieren und in die Abscefshöhle jedesmal Eisen- oder Zinkchloridlösung oder Liquor Kali arsenicosi oder Jodoformäther zu injizieren. Durch täglich wiederholte Einspritzung eines dieser Mittel werden häufig auch tuberkulöse Fisteln der Hoden zum Verschlufs gebracht. Wenn der tuberkulöse Hoden noch hart ist, dann injiziert man, um Erweichung herbeizuführen, jeden zweiten Tag 5—10 ccm einer jedesmal ganz frisch bereiteten, aufs sorgfältigste hergestellten Emulsion von 25,0 Naphtol in 100,0 Glycerin. *Götz-München.*

Über Pathogenese und Ätiologie der Orchitis fibrosa, von Eugen Fraenkel. (*Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* Bd. V.) Bei der Häufigkeit des Vorkommens schwieliger Veränderungen im Hoden, bei dem Fehlen anderweitiger, mit Sicherheit auf Syphilis zu beziehender Organerkrankungen waren dem Verfasser Zweifel aufgestiegen über die Berechtigung der Auffassung, diese Prozesse, selbst bei gleichzeitigem Ergriffensein beider Hoden, mit Syphilis in Verbindung zu bringen, und er untersuchte deshalb eine gröfsere Anzahl von das Bild der Orchitis fibrosa darbietenden Hoden. Die in Formolalkohol gehärteten und in Paraffin eingebetteten Hodenstücke wurden geschnitten, mit Hämatoxylin-Eosin, nach van Gieson, ganz besonders aber mittels der Weigertschen und Taenzerschen Methode gefärbt. Aus den an Präparaten von 14 Fällen vorgenommenen Untersuchungen ergibt sich, dafs es sich bei der sogenannten Orchitis fibrosa interstitialis um eine primäre Erkrankung der Samenkanälchen handelt, entsprechend der Auffassung von Chiari. Möglich, wenn auch

nicht erwiesen, ist es, dafs aufser diesem Vorgang auch vom interstitiellen Gewebe selbständig ausgehende, zur Entstehung von Schwielen im Hoden Anlafs gebende Prozesse in Frage kommen; jedenfalls treten sie in ihrer Bedeutung gegenüber der vom Verfasser als Spermatoangitis obliterans bezeichneten Erkrankung zurück. Um einen irgendwie spezifischen Prozefs handelt es sich bei der obliterierenden, zur Schwielenbildung im Hoden führenden Spermatoangitis nicht.

Hinsichtlich der Ätiologie teilt der Verfasser den von Chiari, Ponfick, v. Hansemann, Lubarsch und Baumgarten angenommenen Standpunkt, dafs die Schwielenbildung in der Mehrzahl der Fälle nichts mit Syphilis zu tun hat. Nur in solchen Fällen, wo aufser der Schwielenbildung im Hoden anderweitige, sicher luetische Organveränderungen gefunden werden, oder deren klinische Anamnese sichere Anhaltspunkte für eine vorangegangene syphilitische Infektion und das Fehlen sonstiger, für das Auftreten einer fibrösen Orchitis eventuell verantwortlich zu machender ätiologischer Momente ergibt, darf man die frühere Syphilis mit der in Rede stehenden Hodenerkrankung in Verbindung bringen. Wie aus des Verfassers Untersuchungen weiter erhellt, darf auch der Nachweis einer doppelseitigen Orchitis, falls nicht sonstige, die Luesdiagnose sicher stützende Organveränderungen gefunden werden, dazu veranlassen, diese Hodenerkrankung mit vorangegangener Syphilis in Verbindung zu bringen.

Für die Ätiologie der Orchitis fibrosa kommen in Betracht Blennorrhoe, Gelenkrheumatismus, chronische Lungentuberkulose, Lepra tuberosa, chronischer Alkoholismus, Trichinosis, hochgradige Varicocele, Röntgenbestrahlung; in einer ganzen Reihe von Fällen hat nicht eine einzelne Noxe, sondern mehrere solche auf die betreffenden Individuen eingewirkt und eine schwielige Orchitis erzeugt. Auch kann in dem Greisenalter — entsprechend den Untersuchungen Spangaros — ein zur Schwielenbildung im Hoden disponierender Faktor angenommen werden, wennschon das Auftreten von Schwielen nicht zu den regelmäfsigen Vorkommnissen in den Hoden hochbetagter Leute gehört.

Dafs die Beurteilung der für die Orchitis fibrosa in Betracht kommenden ätiologischen Verhältnisse so schwierig ist, erklärt sich daraus, dafs es sich um ein Leiden handelt, welches meist ohne bemerkenswerte klinische Symptome zu verlaufen scheint. Diese Annahme wird durch den anatomischen Befund gestützt, welcher keine Zeichen von entzündlichen, mit Exsudatbildung im interstitiellen Gewebe oder im Lumen der Samenkanälchen einhergehenden Läsionen feststellen konnte, vielmehr auf einen primären, sich allmählich vollziehenden Untergang des Epithels der Hodenkanälchen mit sich anschliefsenden sekundären Veränderungen der Tunica propria hinweist. Diese Veränderungen brauchen nicht zur Schwellung des Hodens zu führen; jede Schmerzhaftigkeit kann fehlen; und damit ist der symptomlose Verlauf der Erkrankung erklärt.

Daher kommt auch der Mangel jeglicher klinischen Kenntnis über die ersten Anfänge der Orchitis fibrosa und das Fehlen jedes Urteils über den Zeitraum, in welchem die Vorgänge an den Samenkanälchen zu deren völliger Verödung führen.

Schourp-Danzig.

Die Eversion der Hodenvaginalis, von Iungano. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1906. Nr. 22.) Die Operation, welche darin besteht, dafs die seröse Höhle dadurch aufgehoben wird, dafs die innere Fläche nach aufsen zu stehen kommt, soll das beste sein, was bisher bei der Hydrocele gefunden resp. erfunden worden ist. Der ganze Eingriff dauert blofs einige Minuten, erfordert keine allgemeine Anästhesie und veranlafst absolut keine Störungen im Hoden oder Nebenhoden, aufser einem ganz vorübergehenden Stillstand in der Spermaproduktion. *C. Müller-Genf.*

d. *Prostata.*

Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? von Goldberg. (*Zentralbl. f. Chir.* 1907. Nr. 8.) Unter vielen Fällen von chronischer Prostatitis fand Verfasser in einigen wenigen stark vergröfserte Drüsen, die sich in nichts von der Prostatahypertrophie unterschieden, obwohl ihre Träger 30er bis 40er waren; aber sie hatten keine Störung der Harnentleerung. Andere wenige Fälle junger Leute zeigten sämtliche subjektiven und objektiven Symptome der Harnentleerung, obwohl die Drüsen nicht besonders vergröfsert waren. Diese Fälle beschreibt G. als Prostatitis chronica cystoparetica. In wenigen Fällen von Prostatahypertrophie fand er die Erscheinungen der Entzündung; teils handelte es sich um eitrige Entzündung durch Katheterinfektion, teils um eine zufällige blennorrhoische Prostatitis, in sieben Fällen um eine Prostatitis cystoparetica, wie oben, die aber alte Männer mit bestehender Hypertrophie betrafen. Man kann also nicht gerade eine Stütze der phlogistischen Pathogenese der Prostatahypertrophie aus diesen klinischen Tatsachen entnehmen. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Bemerkungen über Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood. (*Therapeutic Gazette.* 15. Dez. 1906.) Nach Besprechung der diagnostischen Hilfsmittel bringt Ch. einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden, über die Wahl derselben und den Zeitpunkt, wann zu operieren ist. Seine Hauptschlüsse sind folgende: Konservative Behandlung (mit Katheter) ist in einer beschränkten Anzahl von Fällen angezeigt. Prophylaktische Mafsnahmen sollten nicht zu lange fortgesetzt werden, wenn sie nach einer gewissen Zeit keine Besserung gebracht haben. Eine Erstinfektion der Blase ist allein kein genügender Grund zur Operation, sondern immer wiederkehrende Infektion der Blase oder ascendierende Infektion der Niere sind Indikationen zu operativem Eingriff, der dann möglichst frühzeitig vorzunehmen ist. In der grofsen Mehrzahl der Fälle ist die Operation der Wahl die perineale Prostatektomie, die im allgemeinen eine kürzere Rekonvalescenz verbürgt als der obere Blasenschnitt. Galvanokaustische Inzision ist eine wirksame Methode, in gewissen Fällen die Blasenobstruktion zu beheben; mit gröfserer Sicherheit wird sie durch eine perineale Öffnung ausgeführt. Unangenehme Komplikationen kommen nach der Operation in einem geringen Prozentsatz der Fälle vor. In einer Anzahl sehr schwerer Fälle kann die Gefahr der Operation dadurch auf ein Minimum beschränkt werden, dafs man vorher die perineale Drainage ausführt und erst sekundär die vergröfserte Prostata entfernt. *Stern-München.*

Prostatektomie in zwei Zeiten: eine konservative Operation mit ganz geringer Gefahr, von Charles H. Chetwood-New York. (*Ann. of surgery.* Okt. 1906.) Ch. hatte in den letzten zwölf Monaten Gelegenheit, (acht) besonders schwere Fälle von Prostatahypertrophie, welche Leute im Alter von 80, 79, 77, 70 bis 53 Jahren betrafen, zu beobachten und mit Erfolg nach der obengenannten Methode zu behandeln. Dieselbe besteht in kurzem darin, eine vorläufige Drainage durch perineale Inzision (sechs Fälle) oder seltener durch oberen Blasenschnitt (zwei Fälle) herzustellen und dann erst nach 8—14 Tagen die Prostata vollständig zu entfernen. In sieben der Fälle wurde dies ausgeführt, nur in dem achten wegen ernster Nierenkomplikation die galvanokaustische Operation angewandt. Alle Patienten befinden sich ganz wohl, nachdem nun mehrere Wochen bis zu zwölf Monate nach der Operation verlaufen sind. Ch. legt besonderen Wert auf die Anwendung der Formaldehydgelatine als lokal blutstillendes Mittel; seit deren Einführung erlebte er niemals ernstliche Blutungen und eine viel weniger gestörte Nachbehandlung als früher. Die Drainage war eine viel nachhaltigere und weit weniger durch Verstopfung und Nachblutung gehindert

als früher. Ferner ergab die Beobachtung, dafs infolge der dekongestionierenden Wirkung der ersten Operation die Teile viel leichter zugänglich und die Trennung des Prostatagewebes von der umgebenden Kapsel viel leichter gelingt. Die Blutung ist eine unbedeutende, der Shok geringfügig, die Hauptoperation auf wenige Minuten beschränkt und schliefslich jener viel gefürchtete Zustand von postoperativer Toxämie fast völlig ausbleibend, da der Patient während der vorbereitenden Drainageperiode gleichsam durch die Kräfte der Natur gestärkt und für die Schlufsoperation genügend vorbereitet wird. Kurze, mit Abbildungen versehene Beschreibung der acht operierten Fälle. *Stern-München.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankungen der Harnwege praktische Bedeutung? von Berthold Goldberg-Wildungen. (*Centralbl. f. d. ges. Med.* 1907. Nr. 16.) Die Bedeutung der Sterilität des Eiterharns präzisiert der Verfasser dahin, dafs bei bisher unbehandelten Kranken mit gesunder Harnröhre spontan entstandene stärkere Pyurien, falls Blennorrhoe auszuschliefsen ist, als tuberkulöse auch ohne Tuberkelbazillenbefund anzusehen sind, wenn der mit Katheter steril entnommene Harn, auf Bouillon, Gelatine, Agar geimpft, nichts wachsen läfst.

Je nach dem kulturellen Befund wechseln bei Blasen- und Nierenkrankheiten die Anzeigen des chirurgischen Eingriffes. Die Feststellung einer Bakteriurie oder Cystitis infolge von Typhus ist nur durch die Kultur der Typhusbazillen möglich.

Der kulturelle Befund einer Reinkultur von Staphylokokken bedeutet eine gute Prognose, der Befund einer Reinkultur von Colibazillen ist bei bisher Unbehandelten prognostisch kaum verwertbar; bei schon längere Zeit hindurch antiseptisch behandelten Patienten bedeutet er, dafs die Heilung in Bälde nicht zu erwarten ist.

Nach abgelaufener Cystitis und Pyelitis gibt allein der Kulturversuch — Abimpfen des steril entnommenen Harns auf Bouillon — die Diagnose der Heilung: solange die Kultur noch angeht, ist der Patient, wenn er auch klaren Harn hat, nicht geheilt.

Da die sterile Katheterisierung ja auch zur Gewinnung eines mikroskopischen Bakterienpräparates notwendig ist, so macht es auch weiter keine besondere Arbeit, den Harn in ein steriles Rohr oder auf einen Nährboden fliefsen zu lassen.

Schourp-Danzig.

Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment, von Richartz. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1907. Nr. 6.) Verfasser fand in dem Urin eines neurasthenischen Künstlers, der äufserlich den Eindruck der Phosphaturie machte (die Trübung löste sich auf Essigsäurezusatz), mikroskopisch auffallend grofse Kristalle in Besen- oder Doppelbüschelform, wie er sie noch nirgends beschrieben fand. Er nimmt an, dafs sie aus Phosphorsäure mit den drei Basen Ammoniak, Magnesia und Kalk bestehen. Elementaranalyse konnte nicht gemacht werden. *F. Hahn-Bremen.*

Eine Studie über die Fäden im Urin und deren Beziehung zu Diagnose und Prognose, von De Santos Saxe-New York. (*New York med. Journ.* 2. März 1907.) Die fleifsige, mit zehn Abbildungen des mikroskopischen Befundes versehene Arbeit ergibt folgende Hauptschlüsse: Die Fäden im Urin sind von Wichtigkeit bei chronischer Urethritis, Prostatitis und Vesikulitis. Sie werden am besten studiert nach Unnas polychromer Fixationsmethode und nach Gram, wenn Gonokokken demonstriert werden sollen. Die Urinfäden werden am zweckmäfsigsten in vier Arten: Eiter-, Schleimeiter-, Schleim- und Epithelialfäden eingeteilt, von welchen jeder seine makroskopisch schon sichtbaren und mikroskopischen Eigenschaften hat. Fäden, die aus reinen Pflasterepithelzellen mit kleinen Kernen bestehen, werden entweder spontan oder nach Einführung eines Instrumentes in dem Stadium der Krankheit entleert, in welchem die

oberflächlichen Schichten der Harnröhre unter dem Einflusse submuköser Veränderungen mit squamösen Zellen begrenzt werden (!sic? Ref.). Fasern aus Prostata und Samenbläschen schliefsen verschiedene spezielle Varietäten ein, welche unter dem Mikroskop, aber nicht mit blofsem Auge, erkannt werden können. Die Häufigkeit von Gonokokken in Harnfäden ist direkt proportional jener der Eiterzellen und umgekehrt proportional jener von Schleim und Epithelien, ein Gesetz, das aber nicht auf die Prostata-Samenbläschenfäden zutrifft. Das Studium der Fäden ist nicht von grofsem Wert bei der Frage, ob die Affektion im vorderen oder hinteren Teile der Harnröhre lokalisiert ist; Prostata- oder Samenbläschenfäden, welche mikroskopisch erkannt werden, bilden bezüglich der Lokalisation des Prozesses ein diagnostisches Hilfsmittel. Zur Bestimmung des Stadiums der Erkrankung bildet die Reihenfolge des Auftretens der Fäden — unter gewisser Reserve — einen schätzbaren Anhaltspunkt, und zwar in folgender Weise: Eiter-, Eiterschleim-, Schleim- und Epithelfäden. Bezüglich der Prognose hat die Erkennung dieser Varietäten nur beschränkten Wert. Je weniger die Fäden und je weniger Eiterzellen darin, um so besser die Prognose. Je gröfser die Zahl der Gonokokken und Eiterzellen, um so schlechter die Prognose. Die Ehe sollte nicht eher gestattet werden, als die Terminalfäden monatelang keine Eiterzellen mehr, selbst nach provokativen Mafsnahmen, wie Biergenufs, enthalten.

Stern-München.

Allgemeininfektion mit dem Bacillus coli, rasch zum Tode führende Septikämie und Hämoglobinämie, von A. D. Blackader und B. D. Gillies-Montreal. (*New York. med. Journ.* 16. März 1907.) Der Bacillus coli ist bekanntlich unter gewissen Bedingungen fähig, vermehrte pathogene Kraft anzunehmen, ganz bestimmte Krankheitsprozesse und gelegentlich auch Septikämie hervorzurufen. Den vorliegenden von den Verfassern beobachteten Fall halten sie durch das akute Auftreten und den raschen, nach 48 Stunden zum Tode führenden Verlauf für noch einzig in seiner Art. Er betraf eine 27jährige, im dritten Monat schwangere Frau; Reinkulturen aus dem 18 Stunden vor dem Tode entnommenen Blute ergaben den Bacillus coli communis, genauere Untersuchung des Blutes zeigte unter dem Mikroskop gelbliche Färbung des Serums und bei der Zählung 2704000 rote, 29000 weifse Blutzellen und 48% Hämoglobin. Von besonderem Interesse ist in diesem Falle die Zerstörung der roten Blutzellen als Folge der spezifischen Wirkung von Lysinen, den Produkten verschiedener Arten von Bazillen. Als Eingangspforte für die in diesem Falle so virulenten Bakterien erklären Verfasser eine primäre Infektion der Gebärmutter infolge einer Fehlgeburt, welche aller Wahrscheinlichkeit nach wenige Tage vor dem Auftreten der toxischen Symptome stattgefunden habe. *Stern-München.*

Zur Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie. (Nach *Il Morgagni.* März 1907.) Der Mechanismus der Hämoglobinurie wird hier in folgender Weise beschrieben: Ein Überschufs von Sensibilisatoren (oder ein Mangel an Antisensibilisatoren) im Blute führt unter gewissen Bedingungen (Zirkulationsstörungen infolge von Kälte oder anderen Ursachen) zur Entstehung einer Verbindung von Alexinen mit dem Hämoglobin. Letzteres löst sich im Blutserum auf und verwandelt sich dadurch in eine dem Blute fremdartige Substanz (Methämoglobin?). Die in ihrer Funktion gestörte Niere verliert ihre Fähigkeit, das Hämoglobin zurückzuhalten und umzugestalten, wobei es in den Harn hinübertritt. *C. Müller-Genf.*

Albuminuria digestiva und fremde Eiweifsstoffe, von R. Romme. (*Presse méd.* 1907. Nr. 11.) Chiray experimentierte am Menschen, Hund und Kaninchen mit heterogenem Eiweifs, in der Regel mit dem Eiweifs des Hühnereies. Er applizierte dasselbe intravenös, intramuskulär, subcutan und intraperitoneal. Stets konnte er es im Blut und Harn unverändert nachweisen. In einer weiteren Versuchsreihe gab er

Hühnereiweifs per rectum. Auch hier wurde das Eiweifs resorbiert und erschien im Blut und Harn. Anders dagegen verhielt es sich, wenn er dem Klysma Verdauungsfermente beimengte. Hier blieb die Albuminurie aus. Daraus wird nun folgender Schlufs gezogen: Die heterogenen Eiweifsstoffe werden durch die Verdauungsfermente in einfachere Körper gespalten und in den Darmepithelien wieder zu homogenem Eiweifs synthesiert. Wird nun dem Körper ein Übermafs von Eiweifs zugeführt (starker Fleischesser), oder ist der Verdauungsapparat durch irgend eine Erkrankung gestört (Neurasthenie, Dyspepsie, Dilatatio ventriculi), so wird nur ein Teil des eingeführten fremden Eiweifses, je nach Vorhandensein der Verdauungsfermente, gespalten und assimiliert, ein anderer Teil passiert die Schleimhaut des Darmes als heterogenes Eiweifs und wird dann durch die Nieren ausgeschieden. -- Albuminuria digestiva.

Schlufsfolgerung: Die Verdauung alimentären Eiweifses und die Herabsetzung des Eiweifsgehaltes des Harns kann bei Albuminurie und Nephritis gefördert werden, wenn der Nahrung Verdauungsfermente zugesetzt werden. *Carl Schramm-Dortmund.*

Versuche mit dem Lohnsteinschen Präzisionsgärungssaccharometer, von Otto Schumm. (*Mitteil. aus d. Hamburgisch. Staatskrankenanstalten.* Bd. V.) Zu den Versuchen wurde chemisch reiner Traubenzucker in Wasser oder normalem Harn gelöst. Bei jedem Versuche mit dem vorschriftsmäfsig gereinigten Apparat wurde frische Prefshefe angewandt. Der Lohnsteinsche Apparat zeigte den Gehalt wässeriger Traubenzuckerlösungen genau an, wenn der Versuch bei Bruttemperatur ausgeführt wurde, bei Zimmertemperatur zeigte er nach 25 Stunden nur 70% der vorhandenen Zuckermenge. Die normalem Harne zugesetzten Zuckermengen gab der Apparat bei Bruttemperatur teils genau, teils annähernd richtig an, während das Ergebnis bei Zimmertemperatur ziemlich ungenau ausfiel.

Der Lohnsteinsche Apparat ist zwar dem Einhornschen Saccharometer entschieden überlegen, zur Kontrolle schwacher Reduktionsproben ist er aber ohne weiteres kaum geeignet. *Schourp-Danzig.*

Der Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn, von H. Boruttau-Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 9) Verfasser macht auf die Phenylhydrazinprobe aufmerksam, deren in wesentlichen Punkten positiver Ausfall sie absolut spezifisch für Traubenzucker unter so gut wie völligem Ausschlufs jeder anderen Substanz macht. Wo die genau nach Vorschrift ausgeführte Trommersche Probe zweifelhaft ausfällt, mache man eine Gärungsprobe mit zwei Lohnstein-Apparaten und guter, frischer Hefe genau nach der Vorschrift; wo der Apparat fehlt, die Phenylhydrazinprobe nach A. Neumann. Die Kristalle müssen hier so aussehen wie künstlich mit Traubenzuckerzusatz hergestellte. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe des Kindes, von J. W. Ingram-Marshfield. (*Journ. americ. med. assoc.* 16. März 1907.) Milchdiät, leichter Stuhlgang, absolute Ruhe, lokale Injektionen mit Kalium permangan. 1.10000 oder Protargol 1%, Umschläge mit Acid. Boricum-Lösung in den Scheideneingang sind die vom Verfasser empfohlenen Mafsnahmen. *Schourp-Danzig.*

Über die Morphologie, das Vorkommen und die Bedeutung der Lymphocyten und uninukleären Leukocyten im blennorrhoischen Urethralsekret nebst Bemerkungen über die sogenannten Kugelkerne, von J. Neuberger-Nürnberg. (*Virch. Arch.* Bd. 187. Heft 2.) Auf Grund seiner Untersuchungen hatte Pappenheim in dem Auftreten und in der Zahl der Lymphocyten und uninukleären Leukocyten ein diagnostisches Merkmal für die gröfsere oder geringere Chronizität des blennorrhoischen Prozesses gesehen. Entgegen diesem Befunde glaubt Neuberger

aus seinen sehr zahlreichen Sekretuntersuchungen beweisen zu können, dafs die Pappenheimschen Folgerungen unberechtigt sind, dafs nämlich auch im akuten und subakuten Stadium der Befund massenhafter Lymphocyten und mononukleärer Leukocyten sehr oft festzustellen ist. Im Einklang mit Pappenheim fand Neuberger, dafs die uninukleären Leukocyten sehr häufig mit Gonokokken beladen sind. Die uninukleären Lymphocyten sind im Urethralsekret nicht selten als wahre Metschnikoffsche Makrophagen anzutreffen; diese sind mononukleäre Lymphocyten, welche gegenüber den multinukleären eine phagocytische Tätigkeit ausüben, indem sie polynukleäre Leukocyten in sich aufnehmen und verzehren. Dem Auftreten der Makrophagen legt der Verfasser keinen diagnostischen oder prognostischen Wert bei.

Die von Posner angedeutete Vermutung, dafs die sogenannten Kugelkerne eventuell für die Diagnose einer Urethritis von blennorrhoica verwertbar wären, findet den Widerspruch des Verfassers, welcher in den Kugelkernen eine Degenerationsform polynukleärer Leukocyten erblickt. Sie kommen besonders dann im Sekret vor, wenn die Absonderung gering geworden ist und wenn bei geringer Sekretion der Urin lange angehalten wird, da durch die lange Urinpause die Multinukleären eher Gelegenheit haben, die Degeneration als Kugelkernzellen einzugehen. Die Aunahme eines Degenerationsprozesses wird durch die Tatsache gestützt, dafs die Kugelkernzellen niemals Gonokokken enthalten. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der blennorrhoischen „Posteriocystitis" seitens des praktischen Arztes, von Kromayer-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Kr. empfiehlt, bei „Posteriocystitis" jeden zweiten Tag mittels Mercierschen oder Guyonschen Katheters 5—20 ccm einer 3 %igen Albarginlösung in die Blase und ebensoviel in den Blasenhals zu injizieren; zumeist gelingt es, die Posteriocystitis auf diese Weise in 1—2 Wochen zur Heilung zu bringen. Wenn infolge starker Empfindlichkeit des Patienten und grofser Akuität des Prozesses die Einführung eines Instrumentes unmöglich ist, dann erscheint strenge Bettruhe und Trinken von 5—10 Liter Bärentraubenblättertee pro Tag als das wirksamste; die Patienten müssen dabei so häufig wie möglich urinieren. Diese Trinkkur bewährt sich nicht nur in akuten, sondern häufig auch in ganz alten, hartnäckigen Fällen von Posteriocystitis, sie läfst sich jedoch bei ambulanter Behandlung nicht durchführen, da die Kranken, wenn sie ihrem Berufe nachgehen, keine Möglichkeit haben, so häufig zu urinieren. Für solche Patienten empfiehlt Kr. den Gebrauch von Kawa-Kawin, einer Zusammensetzung von Kawa-Kawa und Urotropin, oder von Santyl. Kawa-Kawin eignet sich mehr für ältere, Santyl für frischere Fälle; wo jenes versagt, erzielt man sehr häufig mit diesem noch den erwünschten Erfolg. — Santyl ist absolut geschmacklos und reizt auch in grofsen Dosen weder Magen noch Nieren. Kr. rät, Santyl nicht gleich beim Beginn des akuten Trippers zu geben, sondern sich zu Anfang auf die lokale Behandlung mit Injektionen zu beschränken, um dann beim Übergreifen der Entzündung auf den Blasenhals sich des wirksamen Mittels zu bedienen und dadurch häufig wie mit einem Schlage den schmerzhaften Tenesmus, die quälende Unruhe und die Trübung des Urins zu beseitigen. Und nur wenn diese interne Medikation bei Posteriocystitis nicht zum Ziele führt, sind die Injektionen in der oben beschriebenen Weise zu machen.

Götz-München.

Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen, von Seefelder-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 10.) Gleich Zweifel und Thiess empfiehlt S. zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen Einträufelung einer 1 %igen Lösung von Argentum aceticum; dieses ist ebenso wirksam wie Argentum nitricum, reizt noch weniger und hat überdies den grofsen Vorzug, dafs es sich nur im Verhältnis von 1 : 100 löst; die Lösung kann daher, auch wenn Wasser verdunstet,

nicht konzentrierter werden und bleibt stets unschädlich. Von den Höllensteinlösungen kann das bekanntlich nicht behauptet werden. *Götz-München.*

Die chronische Urethritis und ihre Behandlung, von G. Nobl. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1907. Nr. 12/13.) Bei den sogenannten chronischen Urethritiden handelt es sich um Erkrankungsformen, welche in primärer Weise von der vorher stets intakt gewesenen Schleimhaut Besitz ergreifen und weder im Beginne, noch während des protrahierten Verlaufes für die Gegenwart von Gonokokken Anhaltspunkte liefern. Die ursächliche Aufhellung dieser ausgebreiteten Gruppe von Harnröhrenkatarrhen festzustellen ist von großer Wichtigkeit, da dadurch auch die Frage der Übertragungsfähigkeit einer bestimmten Beantwortung zugänglich würde. N. machte an 18 Einzelfällen bakteriologische Untersuchungen, die Nährmedien ließen nie Gonokokken angehen. Nach Nobls Ansicht hat man es mit den wechselnden Phänomenen eines die Schleimhaut in all ihren Komponenten durchsetzenden, proliferativen und infiltrativen Zustandes zu tun, dessen einzelne Entwicklungs- und Involutionsphasen im klinischen Aussehen ein viel zu verschwommenes und vieldeutiges Bild darbieten, um die Aufstellung von typischen Sonderformen zu rechtfertigen. Trotz der sorgfältigsten Therapie bleiben oft noch Residuen nach, welche eine geringfügige Leukocytenabsonderung unterhalten. Die Therapie hat nur eine kausale, d. h. baktericide zu sein. Erst nach völliger Beherrschung der ursächlichen Faktoren hat sich die Behandlung auf die Beseitigung der gesetzten Gewebsveränderungen zu erstrecken, wobei die adstringierenden und Ätzmittel und die verschiedenen die Resorption unterstützenden physikalischen Behelfe der Massage und Dehnung in ihr ungeschmälertes und allseits anerkanntes Recht treten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bemerkungen zur balneologischen Behandlung der blennorrhoischen Späterkrankungen, von Jos. Siebelt-Bad Flinsberg. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 15.) In einem Vortrage auf dem 28. Balneologenkongreß betont Siebelt den Wert der gemischten Therapie (intern, lokal und allgemein) für die Blennorrhoe und vor allem die Therapie der blennorrhoischen Späterkrankungen, die er in zwei Hauptgruppen teilt: 1. die blennorrhoischen Gelenkerkrankungen, 2. das Heer der krankhaften Veränderungen, welche die Blennorrhoe an den weiblichen Genitalien setzt, 3. die Neuritiden usw. Für die ersteren Leiden empfehlen sich Moorbäder von langer Dauer bei 40—42° C., daneben gelinde Massage der erkrankten Gelenke im Moorbade selbst; für die zweite Gruppe tun oft Fichtenrindenbäder gute Dienste, welche auch bei den Neuritiden nicht unangebracht sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Auges, von Bruno Sylla-Bremen. (*Ther. Monatshft.* 1907. Nr. 3.) Bei den blennorrhoischen Augenerkrankungen Neugeborener wandte Verfasser mit Erfolg heiße Höllensteinumschläge an, bei leichten Fällen bewährten sich Umschläge mit recht kaltem Wasser. Sind die Bindehäute nur wenig verdickt, so touchiert Verfasser mit 2%iger Höllensteinlösung, bei wulstigem und stark verdicktem Zustande geht er sofort zum Lapismitigatusstift 1:2, bei den großen Papillarkörperwucherungen zu dem stärkeren Stifte (1:1) über. Vom Protargol sah er dabei nie Nutzen. Zeigen sich die Lider geschwollen, heiß, bretthart, so daß das Sekret kaum herausquellen kann, so wendet man heiße 1/5%ige Höllensteinumschläge an, welche rasch zum Ziele führen. Die Schwarzfärbung der Lider weicht später leicht durch warme Umschläge von Hydrargyr. oxycyanat. 1:5000. Auch bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen bewährten sich die heißen Argentumumschläge. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung einiger Medikamente bei einem Fall von blennorrhoischer Ophthalmie, von W. N. Heard-Swanage. (*Lancet.* 16. Febr. 1907.) H. verwendete Argent. nitric. (0,6 : 30,0) zum Betupfen, Sublimat (1 : 4000), Protargol (25%), Bor-

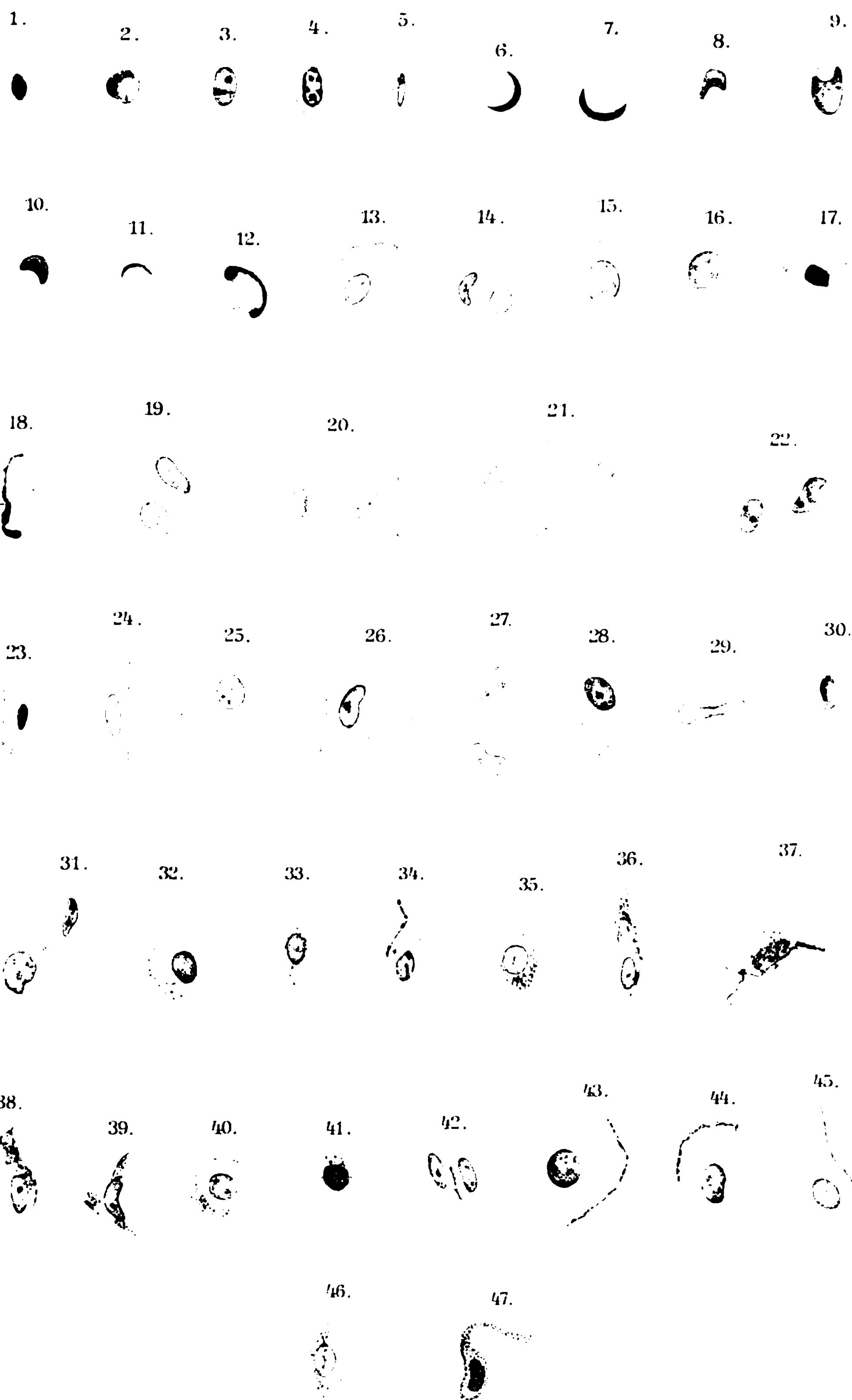
wasser und Chinosollösung. Die beiden ersten Mittel schienen ihm am meisten zur Heilung beigetragen zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Wirkungsweise der modernen Blennorrhoetherapie, von Karl Zieler-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.). Das Studium der Pathologie und pathologischen Anatomie der Harnröhrenblennorrhoe lehrt uns, dafs wir bei unseren Heilbestrebungen „die natürlichen Schutzmittel des Organismus“ in ganz erheblichem Mafse berücksichtigen und alles vermeiden müssen, was ihr Wirken hindert; das gilt besonders für die akute entzündliche Hyperämie, die als ein sehr wesentlicher Faktor bei der Heilung der akuten Urethralblennorrhoe anzusehen ist. Es handelt sich bei der Therapie des akuten Harnröhrentrippers darum, die oberflächlich auf der Schleimhaut wuchernden Gonokokken zu beseitigen und die in die Tiefe eingedrungenen Gonokokken an die Oberfläche zu bringen, um sie hier zu vernichten. Es dürfen daher akute Hyperämie, Entzündung der Schleimhaut und Auflockerung des Epithels so lange nicht bekämpft werden, wie noch Gonokokken in der Tiefe vorhanden sind; der die Entzündung begleitende, der Oberfläche zudrängende Exsudatstrom ist ja, soweit er nicht direkt entwicklungshemmend und abtötend auf die Kokken wirkt, allein imstande, die Infektionserreger, die wir mit unseren Mitteln nicht erreichen, an die Oberfläche zu bringen. Es gilt also Mittel zu gebrauchen, die starke antiseptische Kraft besitzen und die Entzündung unterhalten, ohne die Gewebe zu schädigen; solche Mittel sind die reinen Antiseptika, wie Protargol, Argonin usw., die Adstringentia und die adstringierenden Antiseptika, wie namentlich das Argentum nitricum, besitzen die erwähnten Eigenschaften nicht. Die Anwendung der Antiseptika mufs möglichst bald nach Beginn der Erkrankung, möglichst oft und möglichst lange erfolgen; ob sie in Form von Injektionen oder von Spülungen gebraucht werden, ist gleichgültig, wichtig ist nur die antiseptische und die entzündungsfördernde Wirkung der Mittel. *Götz-München.*

Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe, von E. Saalfeld-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 6. Dez. 1906. Nr. 49.) Verfasser legt ziemlich ausführlich seinen Standpunkt zu dieser Frage dar, wobei er als Fazit seiner Erfahrungen zu dem Resultat kommt, dafs die Lokalbehandlung allerdings das anzustrebende Ideal bildet, dafs aber die interne Behandlung unentbehrlich bleiben wird, solange es Patienten gibt, welche nicht imstande sind, die Lokalapplikationen richtig auszuführen oder dieselben regelmäfsig vom Arzte vornehmen zu lassen. Und selbst wenn dies möglich wäre, behielte die innere Therapie immer noch einen Wert als hochwillkommenes Adjuvans. Im allgemeinen bevorzugt S. das Gonosan, nicht nur weil das Sandelöl so oft verfälscht oder in minderwertiger Qualität verkauft wird, sondern auch wegen der sedativen Wirkung der Kawa-Kawa. Mit Santyl erhielt er weniger gute Resultate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über den Heilwert des Gonosans bei der Behandlung der Blennorrhoe, von M. Nigoul-Paris. (*Leipziger Monatsschr.* 1907. Nr. 3.) Dem Gonosan wird eine günstige Einwirkung für milden und kurzen Verlauf der Blennorrhoe zugeschrieben. Gleichzeitig soll eine energische Lokalbehandlung stattfinden. In den wenigen, kurzen Krankengeschichten wird der Zeitpunkt des Verschwindens der Blennorrhoe nicht berücksichtigt. Die angeführten Fälle von Heilung mit Gonosan ohne Lokalbehandlung beweisen nur die längstbekannte Tatsache, dafs die Blennorrhoe auch spontan ausheilen kann. (Referent). *Schucht-Danzig.*

Druckfehlerberichtigung. Auf Seite 109, Zeile 7 von unten, mufs es heifsen: „In . . . sicher luetischen Foeten fanden sich stets (statt nie) Spirochäten.“



Davida Jadassohn del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Fig. 2.



Bloch

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 3.



Bloch

Lith. Anst. [illegible]

[illegible] Leopold Voss [illegible]

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. №. 5. 1. September 1907.

Cutis verticis gyrata.

Von

P. G. Unna.

Mit zwei Figuren im Text.

Auf dem neunten Kongreſs der deutschen dermatologischen Gesellschaft berichtete Jadassohn über eine eigentümliche Furchung, Erweiterung und Verdickung der Haut am Hinterkopf und forderte zur Mitteilung weiterer Fälle auf. Zufälligerweise hatte ich einige Zeit vorher Herrn Jonathan Hutchinson Photogramme von drei analogen Fällen übersandt mit der Bitte, mir zu sagen, ob er diese Affektion kenne und ob er glaube, daſs darüber etwas publiziert sei. Ich erhielt die Antwort, daſs ihm wohl die Veränderung der Haut, aber keine Publikation darüber bekannt sei. Unter diesen Umständen schien es mir und scheint es mir auch heute noch geboten, meine Fälle in kürze mitzuteilen. Wie Jadassohn glaube auch ich, daſs die noch vollkommen dunkle Pathogenese dieser eigentümlichen Anomalie nur durch Publikation weiterer Fälle geklärt werden kann.

Eine Anamnese besteht auch in meinen drei Fällen nicht, da die Affektion zufällig von mir bei Patienten gefunden wurde, die wegen anderer und ganz verschiedener Hautaffektionen meine Klinik aufsuchten. Es ist sogar sehr auffällig, daſs der abnorme Zustand ihrer Kopfhaut den Patienten bis dahin völlig entgangen war, da sie sämtlich den oberen Gesellschaftsklassen angehörten, auf die Pflege ihres Äuſseren sonst sehr bedacht waren und ihre Haare kurz geschoren trugen.

In allen drei Fällen handelte es sich um dunkelhaarige Erwachsene männlichen Geschlechts, welche das mittlere Lebensalter überschritten hatten (35—45 Jahre), wie in Jadassohns Fällen.

Die Anomalie hatte in meinen Fällen eine geringere Ausdehnung als in dem von Jadassohn abgebildeten Falle. In zwei Fällen, von denen ich nur einen abbilde (Fig. 1), da beide nahezu identisch waren, nahm sie genau die Gegend des Scheitels in der Ausdehnung einer Kreis-

fläche von etwa 6 cm Durchmesser ein. In meinem dritten Falle (Fig. 2) betrug die Ausdehnung in der Breite des Kopfes circa 10 cm, von vorn nach hinten circa 8 cm, also auch noch lange nicht so viel wie (der Schätzung nach) in JADASSOHNS Abbildung. Vergleicht man aber letztere mit meinen Figuren 1 und 2, so gewinnt man den Eindruck, daſs die Affektion von dem Scheitel ausgeht und sich allmählich nach der Seite und nach hinten ausdehnt.

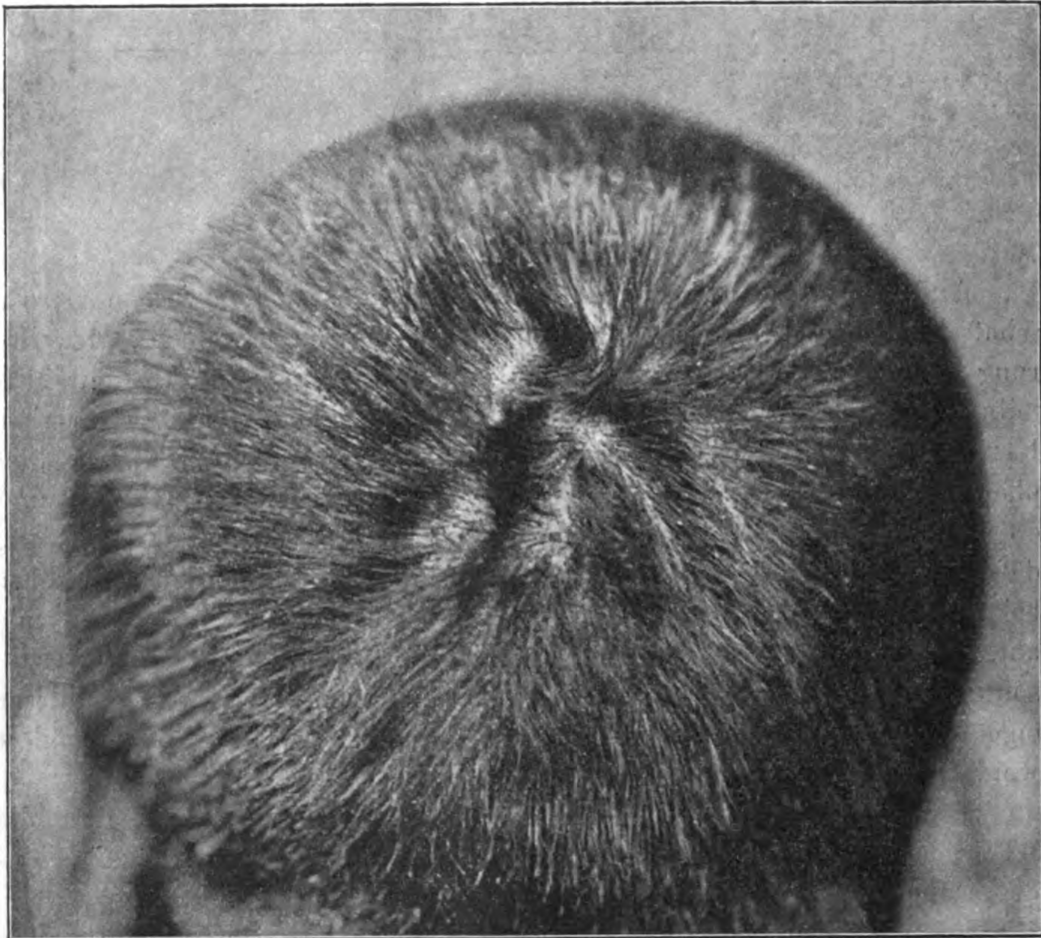


Fig. 1.

Die so lokalisierte Veränderung besteht nun aus einem Komplex von breiten, rundlichen, erhabenen Hautfalten, die durch enge, spaltartige Furchen getrennt sind. In meinen Fällen sind die Falten wirbelartig um ein Zentrum angeordnet, welches mit der Scheitelhöhe zusammenfällt und von welchem jene, nach auſsen hin, sich abflachend, in die gesunde Haut ausstrahlen. Die meisten Falten haben einen gekrümmten Verlauf und umgeben manchmal mit ihrer Krümmung das Ende einer benachbarten Falte, wodurch im ganzen das Gyrusartige der gefalteten Hautpartie

entsteht. Es gibt wohl kein anderes Bild in der gesamten Anatomie und Pathologie, welches so genau die Gyri der Gehirnoberfläche nachahmt.

Auf der Höhe der Falten weichen die (kurz geschorenen) Haare unter spitzen Winkeln auseinander, etwa wie die Finger der gespreizten Hand oder die Haare einer cylindrischen Bürste. Hier schimmert daher zwischen den dunklen Haaren die helle Haut in gröſserer Breite als an der übrigen Kopfhaut durch. In den Furchen zwischen den Falten ist es umgekehrt;

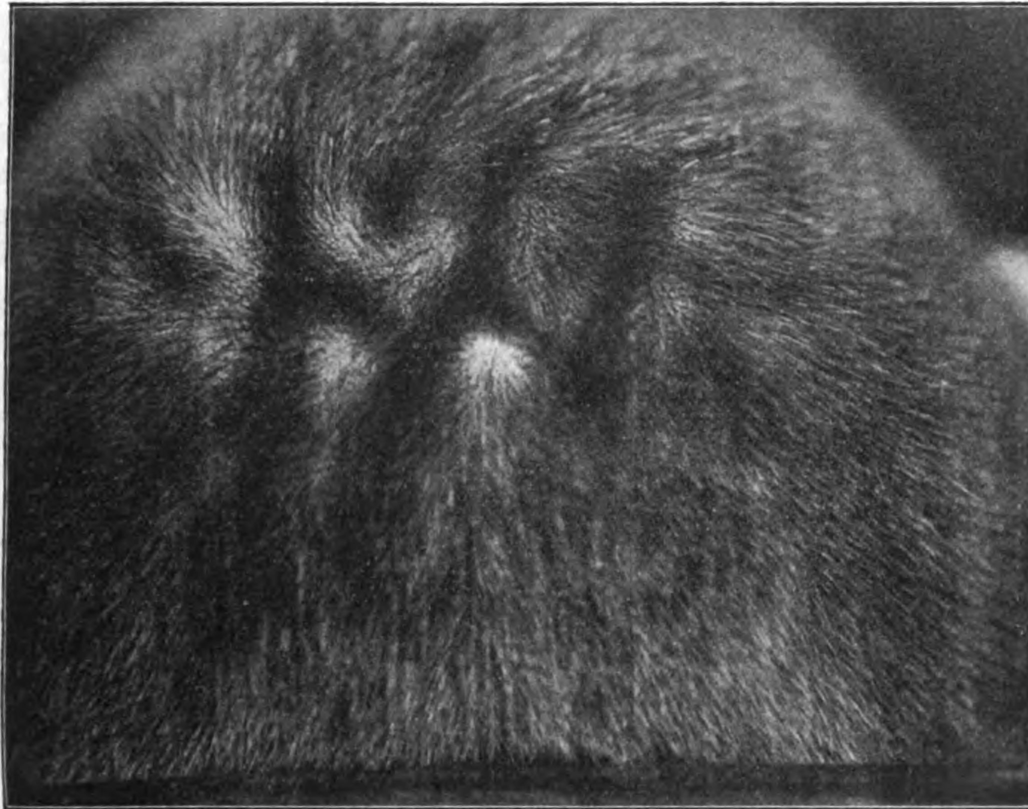


Fig. 2.

die gegen einander geneigten Haare kreuzen und decken sich und füllen die engen Furchen gröſstenteils aus. Daher fallen schon von Weitem die Falten als helle Flecke und Streifen im Kontrast mit den dunklen Furchen sehr in die Augen.

Abgesehen von dieser Lageveränderung zeigen weder Haare noch Haut Abweichungen von der Norm. Man muſs die Haut im Bereich des faltigen Bezirks allerdings als eine abnorm vergröſserte ansehen; denn sie ist offenbar zu groſs für ihre Unterlage, hat auf derselben nicht Platz und wirft daher Falten. Aber diese Inkongruenz mit ihrer Unterlage ist auch die einzige Abnormität, die man an ihr wahrnimmt.

Aus diesen Daten, welche vollkommen mit den von JADASSOHN gegebenen übereinstimmen, geht hervor, dafs wir es hier mit einer ganz ungewöhnlichen Veränderung zu tun haben, für die sich schwer Analoga in der Pathologie der Haut finden lassen. Wir müssen daher noch ein wenig genauer auf die besondere Art dieser Hautfaltung eingehen und ich möchte in dieser Beziehung besonders die folgenden Punkte hervorheben.

1. Die Falten gehen aus einer Faltung der Haut in ihrer ganzen Dicke, d. h. aus einer Faltung der Cutis und Subcutis nebst Fettgewebe hervor.

Hierfür spricht nicht nur die Dicke der Falten, welche das Doppelte der Dicke der übrigen Kopfhaut beträgt, sondern vor allem die Tatsache, dafs die Haare, welche an der Kopfhaut bekanntlich bis in die tiefste Schicht des subcutanen Gewebes hinabreichen, bei Verschiebung der Falten ohne Knickung der Bewegung folgen. Eine Abknickung des unteren Haarbalgteiles würde nämlich an einer Bewegung des Haares oberhalb der Oberfläche nach entgegengesetzter Richtung sichtbar werden; eine solche wird aber bei künstlicher Verschiebung der Falten nicht wahrgenommen.

2. Die Faltung ergreift einen Hautbezirk als Ganzes und verschiebt bei der Vergröfserung dessen Teile gegen einander.

Die einzelne Falte ist nämlich durchaus nicht auf einem bestimmten Bezirk des Schädels fixiert. Sämtliche Falten sind vielmehr nach allen Richtungen leicht verschiebbar, wie das auch JADASSOHN beobachtet hat und die niedrigeren an der Peripherie können sogar durch einen kräftigen Zug ausgeglichen werden, worauf beim Nachlassen des Zuges die ursprüngliche Faltung wieder eintritt. Ebenso können durch eine zentripetale Verschiebung der Peripherie, durch welche die Haut nach dem Scheitel zu vermehrt wird, die sämtlichen Falten erhöht und die Furchen vertieft werden, so lange die Verschiebung anhält.

Hieraus geht hervor, dafs nicht die einzelne Falte sich aus einem bestimmten Bezirk der Kopfhaut dadurch bildete, dafs dieser sich selbstständig quer zur Achse der Falte vergröfserte und dafs durch eine derartige Vergröfserung getrennter Bezirke der Kopfhaut in verschiedenen Richtungen die gyrusartige Beschaffenheit des ganzen Faltenbezirks hervorginge. Es hat sich vielmehr fraglos die Haut im Bereich dieses Bezirks als ein Ganzes vergröfsert und in Falten geworfen.

3. Die Falten entstehen nicht durch eine streifenartige Ansammlung von subcutanem Fett.

Das erkennt man ohne Weiteres durch einen Druck, den man senkrecht gegen den Schädel auf dieselben ausübt. Hierbei werden die

Falten verbreitert, abgeflacht und die niedrigeren ausgeglichen; beim Nachlassen des Druckes stellen sich die Falten in ihrer früheren Höhe wieder her.

Da wir Faltungen und auch speziell solche der Kopfhaut kennen, welche durch unregelmäſsige Vermehrung des Fettpolsters entstehen (s. weiter unten), so ist es wichtig zu konstatieren, daſs diese Ursache der Hautfaltung hier keine Rolle spielt. Wäre sie durch eine streifenartige Fetteinlagerung bewirkt, so würde sie sich nicht durch Druck von auſsen beeinflussen lassen.

Die angeführten Tatsachen beweisen, daſs man es mit der abnormen Gröſse einer bestimmten Partie der Kopfhaut zu tun hat, welche auffallenderweise ohne sonstige anatomische Veränderung derselben auftritt. Man könnte daher geneigt sein, das Miſsverhältnis zwischen Kopfhaut und Schädel überhaupt ganz anders zu deuten, nämlich die Haut für normal zu halten und nur für gefaltet durch die Atrophie eines entsprechenden, darunterliegenden Schädelbezirks. Es ist dies eine in der Tat vorliegende Möglichkeit, die aber bei dem Mangel an Autopsien zur Zeit weder zu beweisen, noch zu widerlegen ist. Ich lasse diese Idee deswegen vorderhand beiseite und stelle nur die Frage, wie unter der Annahme einer bestehenden Vergröſserung der Kopfhaut diese näher zu definieren sein würde.

Im allgemeinen wird man von einer Verbreiterung der Haut zu reden haben, wenn dieselbe nur in der Fläche abnorm ausgedehnt, von einer Verdickung, wenn nur der Dickendurchmesser vergröſsert ist, von einer allgemeinen Vergröſserung, wenn eine Hypertrophie in allen drei Dimensionen vorliegt. Eine solche allgemeine Vergröſserung durch Zunahme des Breiten- und Dickenwachstums kennen wir von gewissen seltenen, umschriebenen, beetartig über das Hautniveau erhabenen und gewöhnlich gleichzeitig pigmentierten Naevi. Dann pflegen an der allgemeinen Hypertrophie auch die Haarbälge teilzunehmen, die durch gröſsere Zwischenräume als gewöhnlich getrennt sind, indem sie ungewöhnlich dicke Haare produzieren. Von einer solchen allgemeinen Hypertrophie kann hier keine Rede sein. Was liegt hier also vor?

Jadassohn nimmt neben einer Verbreiterung auch eine Verdickung der Haut an. Er sagt: „Palpatorisch ergibt sich, daſs die Haut verdickt ist“ und weiter: „Was das Wesen der Anomalie anlangt, so besteht sie augenscheinlich in einer Verdickung und zu weiten Beschaffenheit der Kopfhaut in einem circumscripten Gebiete . . . .“ Ich muſs gestehen, daſs ich eine Verdickung der Haut in meinen Fällen nicht konstatieren konnte und also in diesem Punkte von Jadassohn abweichen muſs. Wenn man durch seitlichen Zug eine Ausgleichung der Gyri zur Fläche bewirkt, erscheint die Kopfhaut an dieser Stelle normal und nicht über die Um-

gebung erhaben, also nicht verdickt. Es bleibt also unter der Voraussetzung, dafs keine Atrophie der knöchernen Unterlage besteht, nur die eine Annahme übrig, dafs eine eigenartige Verbreiterung in der Fläche vorliegt.

Eigenartig mufs diese in der Tat sein, da bei derselben die Haut ihr normales Aussehen behält. Wenn nämlich nur die Cutis und Oberhaut für sich in die Breite wüchsen, so würde das Aussehen nicht normal bleiben können, da dann die Abstände der normal bleibenden Haare abnorm grofs werden müfsten, was sehr auffällig sein würde. Aber auch ein dem Breitenwachstum der Cutis entsprechendes der Haarbälge mit konsekutiver Verdickung der Haare, wie es bei den obengenannten Naevi vorkommt, würde nicht zu dem normalen Aussehen des Haarbodens führen, wie es nun einmal bei dieser Affektion vorliegt.

Wir sind daher gezwungen, aufser einer Verbreiterung der Cutis und Oberhaut eine Vermehrung der normal bleibenden Haarbälge anzunehmen und zwar mufs dieselbe so langsam und allmählich vor sich gehen, dafs das Aussehen des Haarbodens dabei fortdauernd ein normales bleibt. Eine solche Annahme ist nicht so fernliegend, wie es vielleicht auf den ersten Blick erscheint. Denn innerhalb der Haargruppen sind stets einzelne feinere Härchen vorhanden, welche, wenn sie mehr Platz gewinnen, in die Reihe der gröfseren sich einschieben und dabei dicker werden. Eine genaue Untersuchung der Haarkreise auf den gesunden und gefalteten Stellen, wie sie z. B. schon beim Rasieren der Kopfhaut hervortreten würden, mufs in Zukunft darüber Aufschlufs geben, ob die Zahl der dicken Haare entsprechend der Verbreiterung der Haut vermehrt ist.

Eine weitere Frage, die gestellt werden mufs, aber bei dem heute vorliegenden Material auch noch nicht beantwortet werden kann, ist die nach der Zeit der Entstehung der Affektion. Ich war anfangs geneigt, dieselbe für angeboren zu halten. Auch JADASSOHN denkt an eine kongenitale Entwicklungsanomalie. Wenn ich aber bedenke, dafs alle bisherigen Fälle nur bei Männern gefunden wurden, welche die Mitte des Lebens erreicht oder überschritten hatten und welche garnichts über den Anfang anzugeben wufsten, so erscheint es mir nicht sehr wahrscheinlich, dafs die Affektion schon von Kindheit an bei diesen Personen bestanden hat. Sie wäre doch wohl um so eher bei ihnen in früher Jugend entdeckt, als die meisten Knaben kurzgeschorenes Haar tragen. Ich neige mich also nach allen vorliegenden Daten jetzt der Ansicht zu, dafs die Faltenbildung erst bei den Erwachsenen und zwar in äufserst schleichender Weise begonnen hat. Will man eine solche Hypertrophie trotzdem den Naevi anreihen, so gehörte sie in die Reihe derer, die wie die seborrhoischen oder senilen Warzen erst bei Erwachsenen zu entstehen und sich weiter zu entwickeln pflegen. Besser noch scheint mir

als Analogie die Hypertrophie der Haare und Drüsen herangezogen werden zu können, welche bei älteren Leuten an der Nase und dem Kinne so häufig einzutreten pflegt, da sie wie unsere Affektion diffus und nicht — wie die Naevi im allgemeinen — umschrieben auftritt.

Diesem Gedankengange folgend erschien es mir von Interesse zu erfahren, ob ähnliche Faltenbildungen am Scheitel vielleicht bei Tieren, besonders bei anthropoiden Affen vorkämen. Ich wandte mich mit dieser Frage an Herrn Professor Schwalbe in Strafsburg, welcher mir bereitwilligst Auskunft gab. Nach seiner Erfahrung sind analoge Bildungen der Haut bisher bei Tieren völlig unbekannt.

Ein Vergleich mit anderen Affektionen und Mifsbildungen der Haut, die mit einem Überschufs von Haut einhergehen, zeigt ebenfalls sehr klar die Sonderstellung unserer Affektion. Schon Jadassohn hat mit Recht darauf hingewiesen, dafs zwischen der Cutis verticis gyrata einerseits, der Cutis laxa (hyperelastica), der Chalodermie (Kétly) und der Lappenelephantiasis andrerseits gar keine Analogien bestehen. Mir hat immer eine andere Anomalie der Haut vorgeschwebt, die auch durchaus von unserer Faltenbildung verschieden ist, aber doch immerhin einige analoge Symptome aufweist, so dafs es sich lohnt, auf die Differenz beider Veränderungen der Kopfhaut schliefslich mit einigen Worten einzugehen. Ich meine die Faltenbildung, die bei älteren, fettreichen Herren in der Nackengegend so häufig auftritt und offenbar durch eine abnorm starke, streifenweise eingelagerte Fettansammlung der Subcutis bedingt wird. Eine gewisse Ähnlichkeit dieser Fettfalten mit unserer Affektion wird dadurch hervorgerufen, dafs auch hier das Phänomen einer abwechselnden Divergenz der Haare auf der Höhe und einer Konvergenz in der Tiefe der Falten besteht und damit zusammenhängend ein Wechsel von hellen und dunklen Streifen; sodann sind auch diese Wülste breit, lassen tiefe und schmale Furchen zwischen sich und anastomosieren bisweilen. Aber im Gegensatz zur Cutis verticis gyrata ist die Fettfaltung stets unterhalb der Hinterhauptschuppe lokalisiert und erstreckt sich von hier über die Haargrenze abwärts auf den Nacken; sodann verlaufen die Falten der Bewegung des Nackens entsprechend horizontal und nahezu parallel, bilden also nie Wirbel und Gyri; ferner sind sie nicht verschiebbar und nicht eindrückbar, sondern am Orte fixiert und durch subcutanes Fett ausgefüllt und aufgetrieben. Es ist übrigens bemerkenswert, dafs die starke Fettansammlung allein nicht die zureichende Ursache dieser Fettfalten sein kann, da es sehr fette Nacken älterer Herren gibt, die sie nicht zeigen und sie andrerseits manchmal schon hervortreten, wo die Hypertrophie des Fettgewebes nur unbedeutend ist. Sicher spielt daher die Art des das Fett ausscheidenden Bindegewebes hierbei auch eine wichtige Rolle.

Zur Kenntnis des Wollfettes.

Fragen von P. G. Unna
und
Antworten von J. Lifschütz-Bremen.

Gelegentlich erneuerter Studien über die Eigenschaften des Wollfettes geriet ich auf allerlei tote Punkte, an denen meine Arbeit deshalb stockte, weil die Angaben in der Literatur mir zu widerspruchsvoll oder zweifelhaft erschienen, um sie ohne weiteres verwerten zu mögen. Nur eine intime Kenntnis der chemischen Beschaffenheit des Wollfettes und seiner Bestandteile konnte zu einer Klärung dieser Punkte führen, und so entschloſs ich mich denn kurzerhand, die betreffenden Zweifel einem unserer bedeutendsten Wollfettkenner, Herrn Dr. J. Lifschütz-Bremen, vorzutragen und ihn um die Beantwortung einiger dahin zielender, präzis gestellter Fragen zu bitten. Im folgenden übergebe ich diesen brieflich geführten, wissenschaftlichen Dialog, dessen Fragen von mir, dessen Antworten von Lifschütz formuliert sind, der Öffentlichkeit in der Absicht, die Resultate späterhin mit in meiner Arbeit zu verwerten, und in der Idee, daſs dieselben auch für andere Fachkollegen vielleicht von Interesse sein werden.

Unna.

Frage I: Welches sind nach Ihrer persönlichen Erfahrung die bis heute sichergestellten, wesentlichen Bestandteile des Wollfettes?

Antwort auf Frage I: Wesentliche Bestandteile des Wollfettes:

I. Alkohole und Neutralstoffe.

1. Gesättigte
   - Cerylalkohol ($C_{27}H_{55}OH$).
   - Carnaubylalkohol ($C_{24}H_{49}OH$).
   - Auſserdem Lactone (innere Anhydride der Lanocerinsäure und wahrscheinlich auch der Lanopalminsäure, welch erstere von G. Marchetti irrtümlich als „Lanolin-Alkohol" aufgefaſst und beschrieben worden ist (siehe *Gazz. Chem. ital.* 1895. 25. 22).
2. Ungesättigte
   - Cholesterin ($C_{26}H_{43}OH$).
   - Isocholesterin ($C_{26}H_{43}OH$).
   - „Cholesteringruppe II c" (Oxycholesterin: $C_{26}H_{44}O_2$, Oxycholesterinäther: $(C_{26}H_{43}O)_2O$ und andere Cholesterinabkömmlinge, mit deren Trennung und Charakterisierung ich noch beschäftigt bin.

II. Säuren.

1. Gesättigte
   - Lanocerinsäure ($C_{30}H_{60}O_4$).
   - Lanopalminsäure ($C_{16}H_{32}O_3$).
   - Myristinsäure ($C_{13}H_{27}COOH$).
   - Carnaubasäure ($C_{23}H_{47}COOH$).
   - Cerotinsäure (in sehr geringen Mengen) ($C_{26}H_{53}COOH$).
   - Capronsäure ($C_5H_{11}COOH$).
2. Ungesättigte
   - Chollansäure[1] ($C_{26}H_{40}O_4$) (aus dem Oxycholesterin entstanden).
   - Ölige Säure, als überwiegender Bestandteil des sog. „Weichfettes". Es ist wahrscheinlich die bekannte Oleïnsäure.

Frage II: Haben Sie Palmitinsäure (neben Ihrer Lanopalminsäure) im Wollfett beobachtet?

Antwort auf Frage II: Dieselbe wäre mir schwerlich entgangen, wenn sie tatsächlich im Wollfett vorhanden wäre. Berücksichtigt man die Ähnlichkeit der Palmitinsäure mit einem Gemisch von Lanopalminsäure und Myristinsäure und die Schwierigkeit, dieselben voneinander zu trennen, so ist diese Angabe, daſs Wollfett Palmitinsäure enthalte, wohl erklärlich. Jedenfalls bedarf die Angabe einer strengen Nachprüfung.

Frage III: Haben Sie den Lanolinalkohol von Marchetti bestätigen können?

Antwort auf Frage III: Darmrtädter und ich haben zwar eifrig nach diesem Alkohol von Marchetti gesucht, ihn aber niemals konstatieren können. Wir hegen die Vermutung, daſs es sich bei demselben um ein verunreinigtes Lanocerinlacton gehandelt hat, ein Irrtum, der auch mir unterlaufen ist (mit der Verbindung $C_{10}H_{20}O$; siehe Ber. d. d. chem. Ges. 28. 3133 ff.), den ich aber bald darauf habe berichtigen können, nachdem ich den Körper direkt aus der Lanocerinsäure herstellte und als Lacton derselben [durch die verdreifachte Formel: ($C_{30}H_{58}O_3$)] erkannt habe (siehe daselbst 29; 1474 ff.). Übrigens werde ich auf den Gegenstand demnächst zurückkommen.

Frage IV: Kann der Carnaubylalkohol, da er bisher nur im Wollfett nachgewiesen ist, vielleicht als Charakteristikum für Wollfett dienen?

Antwort auf Frage IV: Dazu ist seine Isolierung und Identifizierung durch Überführung in Carnaubasäure zu umständlich.

---

[1] Nicht zu verwechseln mit der Cholansäure aus der Cholsäure der Galle $C_{20}H_{28}O_6$).

Frage V: Befindet sich aufser dem von Ihnen im Wollwachs des Wollfettes nachgewiesenen Cholesterin auch im Weichfette des Wollfettes Cholesterin?

Antwort auf Frage V: Selbst nach der Verseifung des Weichfettes sind im unverseifbaren Teile desselben nur Bruchteile eines Prozents Cholesterin vorhanden, die sich ohne chemischen Eingriff isolieren lassen. Gröfsere Mengen Cholesterin erhält man aus dem unverseifbaren Teil des Weichfettes erst durch chemischen Eingriff, nicht aber durch Lösungsmittel. Diese Tatsache berechtigt wohl zur Annahme, dafs der so gewonnene Teil des Cholesterins als ätherartige Verbindung desselben mit den Oxycholesterinen vorhanden ist. Diese Annahme dürfte sich vielleicht bestätigen durch meine analogen Angaben bezüglich des Isochelesterins in den Berichten der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. 31, S. 1125, wonach der wie dort isolierte „Alkohol II c" (Gruppe der Cholesterinoxydate) bei der direkten LIEBERMANNschen Reaktion keine Spur vom Absorptionsspektrum des Isocholesterins aufweist, wohl aber erscheint dieses Spektrum nach Beendigung der LIFSCHÜTZschen Reaktion (Verblassen der grünen Farbe) und darauf folgender Verdünnung mit dem gleichen Volumen Essigsäureanhydrid („kombinierte Cholestolreaktion"). Vor mir hatte schon E. SCHULZE (Ber. d. d. chem. Ges. 1872. Jahrg. 5. S. 1076) in dem überwiegenden, in Alkohol unlöslichen Teile des Wollfettes nach dessen Verseifung mit Lösungsmitteln weder Cholesterin noch Isocholesterin isolieren können, wohl aber nach Benzoylierung desselben. — Diese übereinstimmende Beobachtung ist um so bemerkenswerter, als sie sich nicht blofs auf das „Weichfett", sondern auf das gesamte Wollfett erstreckt; denn selbst aus dem in Alkohol löslichen Teil des Wollfettes, wo sich doch der gröfste Teil des freien Cholesterins hätte befinden müssen, hat SCHULZE durch Lösungsmittel, wie er an der oben zitierten Stelle selbst angibt, nur geringe Mengen Cholesterin isolieren können.

Frage VI: Ist die Methode von RÖHMANN, eine wachsartige Substanz aus dem Wollfett durch Lösung in Äther und Fällung mit Äthylalkohol (nach Vorbehandlung mit Methylalkohol) zu gewinnen (RÖHMANNS Lanocerin), nach Ihrer Ansicht so sicher wie die Prophylalkoholmethode (SPIEGEL) und die Amylalkoholmethode (DARMSTÄDTER), resp. ist dieses RÖHMANNschen „Lanocerin" wirklich ein „neuer Bestandteil des Wollfettes"?

Antwort auf Frage VI: Ich bemerke zunächst, dafs mir der Zweck der Vorbehandlung mit Methylalkohol unverständlich ist. Methylalkohol kann höchstens eine geringe Menge der freien Alkohole (mit Ausnahme von dem in Methylalkohol sehr schwer löslichen Isocholesterin) vorweg entfernen. Das Wesentliche der RÖHMANNschen Darstellung eines „Lano-

cerins" beruht auf der Fällung des in Äthylalkohol fast unlöslichen DARMSTÄDTERschen Wollwachses aus der ätherischen Lösung des etwa 90% betragenden Fettrückstandes nach der Vorbehandlung mit Methylalkohol. Jedenfalls ist diese Art der Abscheidung des Wollwachses, obwohl sie schneller zum Ziele führt als die sehr langsam filtrierende Lösung in Amylalkohol, wesentlich unvollkommener als jene. Denn es ist nicht gut möglich, auf diesem Fällungswege das Wachs vom Weichfett reinlich zu scheiden. Stets wird entweder eine Menge vom Weichfett mitausfallen oder eine Menge Wachs beim Weichfett bleiben. Der letztere Fall scheint bei RÖHNANNS Lanocerin vorzuliegen. Dann hat er aber nur einen Teil des DARMSTÄDTERschen Wachses erhalten; er hat es fraktioniert. Dafs in diesem Teil Lactone enthalten sein können, ist sehr wahrscheinlich; denn sie sind ja auch in DARMSTÄDTERS Wollwachs vorhanden. LEWKOWITSCH hat schon vor 15 Jahren Lactonarten im Wollfett nachgewiesen, und R. HENRIQUES hat es 1896 bestätigt.

Nach den Untersuchungen von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ über die Oxysäuren des Wollfettes (Lanocerin- und Lanopalminsäure) und die Lactone derselben war auch die Aufklärung über die Natur des LEWKOWITSCHschen Befundes gegeben. Das oben Gesagte möge folgender Versuch bestätigen:

5 g Lanolin werden in 50 cc Äther gelöst, mit ca. 100 cc absolutem Alkohol gefällt, abfiltriert und das Filter mit Äther-Alkohol 1 : 2 ausgewaschen. Die weifsen Flocken werden vom Filter entfernt und getrocknet. Es resultiert eine feste Wachsmasse mit nur schwacher Cholestolreaktion.

Das Filtrat wird abgedampft und mit warmem Amylalkohol aufgenommen. Bei ca. 20° C. scheidet sich eine kleine Menge weifser Flocken ab (Rest des Wollwachses). Dies würde nicht der Fall sein, wenn der Äthylalkohol das gesamte Wollwachs aus der ätherischen Lanolinlösung niedergeschlagen hätte.

Diese Nachfällung mit Amylalkohol gab eine weiche, fettige Masse mit starker Cholestolreaktion und den Spektren von Cholesterin und Isocholesterin, sowie schöner Essig-Schwefelsäurereaktion und entsprechendem Spektrum.[1] Demnach ist mehr Weichfett darin enthalten als Wachs. RÖHMANN hatte also dasselbe Präparat wie ein etwa vier- bis fünfmal aus Amylalkohol umkristallisiertes DARMSTÄDTERsches Wollwachs in Händen.

---

[1] Das gut gereinigte DARMSTÄDTERsche Wollfettwachs gibt diese Reaktionen der freien Cholesterine entweder gar nicht, oder nur äufserst schwach und sehr langsam.

Frage VII: Wird durch Einwirkung von konzentrierter Schwefelsäure auf Cholesterinester in der Kälte, wie sie bei der LIEBERMANNschen Reaktion stattfindet, Cholesterin von den Fettsäuren getrennt?

Antwort auf Frage VII: Gerade das Umgekehrte ist der Fall: Die H_2SO_4 — weit entfernt, die Komponenten zu trennen — ist bekanntlich ein geeignetes Mittel, freie Alkohole und freie Fettsäuren (durch H_2O-Entziehung) mit Leichtigkeit zu Estern zu vereinigen. Dieses wird am leichtesten durch folgende Versuche veranschaulicht:

Versuch 1.

Cholesterin und Ölsäure (im Überschuſs) bis zum „Dampfen" erhitzt, in Essigsäureanhydrid gelöst und abgekühlt, gab auf Zusatz von H_2SO_4 keine Spur von der Cholestolreaktion (weder in Farbe noch im Spektrum), weil hier durch das Erhitzen der Ölsäure mit Cholesterin sich das **„Cholesterinfett"** gebildet hatte, das die Reaktion eben gar nicht geben kann. Nach der Verseifung des obigen Erhitzungsproduktes lieſs sich natürlich das Cholesterin mit allen seinen Eigenschaften wieder erhalten.

Versuch 2.

Löst man 2 mg Cholesterin in 5 cc Essigsäure-Anhydrid unter Zusatz von fünf Tropfen Ölsäure (in der Wärme) und setzt zur kalten Lösung einen Tropfen konzentrierter H_2SO_4 zu, so erhält man entweder gar keine oder eine nur sehr schwache Cholestolreaktion mit sehr schwachem Absorptionsspektrum, das auch schnell verblaſst. Eine gleiche Nebenprobe ohne Ölsäure gibt aber eine äuſserst intensive grüne Lösung mit sehr starkem Absorptionsspektrum. Hier hat also offenbar die H_2SO_4 die Komponenten entweder vollständig oder zum gröſsten Teil zu einem Cholesterinfett vereinigt, das die Reaktion nicht gibt.

Frage VIII: Bedingt allein schon die Anwesenheit von freiem Cholesterin im Gemische mit nicht hydrophilen Fettarten ein gewisses Wasseraufnahmevermögen?

Antwort auf Frage VIII: Wie ich s. Z.[3] schrieb, wirkt auch ein Zusatz von freiem Cholesterin beispielsweise zu Paraffinmischungen in der Tat ähnlich, wenn auch in weit geringerem Grade, wie ein Zusatz der hauptsächlich die Hydrophilie des Wollfettes bedingenden Oxycholesteringruppe („Alkohol II^c" von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ). Um die Wirkungen beider Cholesterinarten zu vergleichen, habe ich bereits vor Jahren folgende Mischungen hergestellt:

[3] Siehe D. R. P. Nr. 167849.

I. 98 Teile einer Mischung von 1 Teil Ceresin und 4 Teilen Paraffinöl
mit
2 Teilen des „Alkohols II c“, und
II. 98 Teile derselben Ceresinölmischung
mit
2 Teilen reinen Cholesterins (KAHLBAUM).

Nach dem Kaltrühren wurden beide salbenartige Massen mit Wasser verrieben. Salbe I nahm dabei mit Leichtigkeit über 200% (das Doppelte ihres Gewichtes) an Wasser auf, ohne ihre Salbenkonsistenz aufzugeben, und haftete dann noch gut an der Schale, ein Zeichen, daſs das Maximum der Wasserabsorption noch nicht erreicht war. Dagegen nahm die Salbe II mit Mühe und langsam nur 100% (ihr gleiches Gewicht) Wasser auf, ballte sich aber schon zu einem runden Klumpen zusammen, der nicht mehr an der Schalenwandung haften und kein Wasser mehr aufnehmen konnte.

Aus dem Institute für Radiologie des Prof. E. SCHIFF in Wien.

Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Franklinisation in der Behandlung des Lupus vulgaris.

Von

Dr. FERDINAND WINKLER-Wien.

Die Stellung der Röntgentherapie bei Lupus vulgaris gegenüber der Lichtbehandlung ist heute noch nicht geklärt. Auf Grund eines 709 Fälle umfassenden Materials faſst HAHN[1] sein Urteil dahin, daſs am besten die schweren ulcerativen Formen durch die Röntgenstrahlen beeinfluſst werden, und dann sich die trockenen serpiginierenden Formen sehr viel weniger zugänglich erweisen; während es gelingt, die ulcerativen Formen prompt zur Ausheilung zu bringen, verhalten sich die serpiginierenden Formen sehr häufig refraktär, bedürfen infolgedessen einer intensiveren Behandlung und führen leicht zu Exkoriationen und ihren langwierigen Heilungsvorgängen; auch die ulcerativen Formen bleiben, obwohl sie zunächst in verblüffend schneller Weise abzuheilen pflegen, nicht immer ohne Recidive. HAHN rät, die Röntgenbehandlung gewissermaſsen als vorbereitende, das Gröbste beseitigende Kur anzusehen und sich zur Detailarbeit anderer Methoden zu bedienen.

---

[1] R. HAHN. Hat die Röntgentherapie gehalten, was sie versprochen? Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1904. VIII. S. 313.

FREUND[2] weist mit Recht darauf hin, um wieviel einfacher und billiger das Röntgenverfahren gegenüber der Finsenbehandlung ist. Während die Finsenbehandlung nur sehr langsam von Stelle zu Stelle fortschreitet und zur Behandlung einer gröſseren Plaque viel Zeit erfordert, vermag die Röntgenbehandlung auf einmal groſe Flächen zu beeinflussen. Auſserdem reicht die Röntgenbestrahlung sowohl in der Fläche wie auch in der Tiefe weiter als die Lichtbestrahlung. Dies gilt insbesondere bei den Formen von Lupus sclerosus, Lupus tumidus, Lupus verrucosus sowie bei Narben, deren massiges oder dichtes Gewebe dem Eindringen kurzwelliger Lichtstrahlen groſse Hindernisse bietet, hingegen Röntgenstrahlen gut durchläſst.

Die Erfolge der Röntgentherapie bei Lupus vulgaris und die Beurteilung ihres Wertes hängen sicherlich von der zur Behandlung gewählten Methode ab. Wie schon SCHIFF in seinem Referate über den Stand der Röntgentherapie bei der Breslauer Tagung der deutschen Dermatologischen Gesellschaft 1901 und weiterhin FREUND[3] bemerkt haben, stehen sich heute noch in der Lupusbehandlung die Methodik der harten Röhren und die Methodik der weichen Röhren einander gegenüber; bei ersterer wird in einer ziemlich groſsen Zahl von Sitzungen eine allmähliche Beeinflussung des Krankheitsprozesses erzielt, während bei letzterer in sehr wenigen Sitzungen eine rasche Zerstörung des krankhaften Gewebes herbeigeführt wird. FREUND gibt zwar zu, daſs die Methodik der weichen Röhren die radikalere sei, aber er meint, daſs der Kranke dabei nicht viel gewinne, denn ein Geschwür, welches durch die energische Behandlung eines gröſseren Lupusherds erzeugt wird, bedürfe zu seiner Heilung oft vieler Monate und sei sehr schmerzhaft, so daſs der Kranke bei diesem Verfahren um den Hauptvorteil der Röntgenmethode, den der Schmerzlosigkeit, komme. Gegenwärtig widerrät FREUND[4] sowohl wie sein Schüler EITNER[5] auf das entschiedenste die intensive Behandlung; sie stellen es als Prinzip auf, daſs es nicht einmal zu einem oberflächlichen Röntgenschorfe kommen dürfe; sie stellen sich vor, daſs die Röntgenbehandlung bei Lupus nicht die Aufgabe habe, das kranke Gewebe zu zerstören, sondern ihm die Anregung zur Selbstheilung zu geben; sie verwenden ziemlich harte Röhren, um die spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die tiefen Gewebspartien zur Aktion kommen zu lassen; sie bestrahlen in jeder Sitzung nur sechs Minuten und setzen

---

[2] L. FREUND. Röntgenbehandlung und Röntgendermatitis. *Wiener mediz. Presse.* 1906. Nr. 9.

[3] L. FREUND. Grundriſs der Radiotherapie. 1903. S. 228.

[4] L. FREUND. *Klin. therap. Wochenschr.* 1904. S. 251.

[5] E. EITNER. Röntgenbehandlungsresultate bei Lupus vulgaris. *Wiener mediz. Wochenschr.* 1906. Nr. 20.

diese Behandlung so lange fort, bis eine leichte Reaktion (leichte Schwellung oder Rötung der erkrankten Partien, Pigmentierung der umgebenden gesunden Haut) eintritt, dann pausieren sie vier bis sechs Wochen und wiederholen die Sitzungsserie mehrmals. Gewöhnlich umfaſst jede Serie sechs bis acht Sitzungen.

Es ist zweifellos, daſs diese Methode sehr schöne Resultate zu liefern vermag, und E. Schiff, der wohl als erster im Jahre 1896 die Röntgenbehandlung bei Lupus vulgaris versuchte, hat bis in die jüngste Zeit die von ihm angegebene Methode der harten Röhren geübt; einige seiner Dauererfolge sind in einer Monographie „Erfolge der Röntgentherapie"[6] illustriert wiedergegeben.

Nichtsdestoweniger bin ich zur Methodik der weichen Röhren übergegangen, weil ich eine Methode brauchte, um sicher, rasch und schmerzlos eine Zerstörung der Lupusknötchen zu erzielen. E. Schiff[7] hat schon in seiner ersten Publikation über die Röntgenbehandlung auf die Beobachtung hingewiesen, daſs unter der Röntgenbestrahlung die Lupusknötchen elektiv nekrotisieren, und Neisser[8] hat mit Recht den Effekt der Röntgenbehandlung mit der Tuberkulinreaktion verglichen. Diese Vorstellung fand ihre histologische Begründung in den Arbeiten von Scholtz[9], der die primären Degenerationsvorgänge an den Riesenzellen und an den epitheloiden Zellen der Lupusknötchen beobachtete und feststellen konnte, daſs diesen Vorgängen die reaktive Entzündung erst folge.

Die durch die Behandlung mit einer weichen Röhre hervorgerufene Nekrose der Lupusknötchen schlieſst bei meiner Methodik die Röntgenbehandlung des Lupus ab; die richtige Heilung erfolgt unter der statischen Behandlung.

Die ersten Berichte über die Heilwirkung der Franklinisation auf Geschwüre stammen von Doumer[10] und seinem Schüler Marquant[11]; ihre Erfahrungen bezogen sich sowohl auf torpide Geschwüre wie insbesondere auf Unterschenkelgeschwüre, und sie konnten sich überzeugen, daſs in kurzer Zeit, bloſs unter Einwirkung der elektrostatischen Behandlung, eine Heilung eintrat. Sie führten diese Erfolge auf den groſsen Einfluſs zurück, den diese Behandlungsart auf die Lebensfähigkeit der Gewebe ausübt,

---

[6] E. Schiff. Erfolge der Röntgentherapie. Wien, 1904. Moriz Perles.

[7] E. Schiff. Wiener dermatologische Gesellschaft, 2. Juni 1897. *Arch. f. Dermat.* 1898. XLII. S. 1.

[8] Ebstein-Schwalbes *Handbuch der prakt. Medizin.* III.

[9] Scholtz. *Arch. f. Dermat.* LIX. Heft 3.

[10] *Société de Biologie.* 21. April 1894.

[11] Marquant. L'influence de l'effluvation sur la marche des ulcères chroniques et particulièrement des ulcères variqueuses. *Thése de Lille.* 1894.

und schreiben auch der Wirkung auf die in der Wunde vorhandenen Mikroorganismen eine Rolle zu.

Meine eigenen Versuche, die an einer anderen Stelle ausführlich zur Veröffentlichung kommen, zeigen, dafs es sich bei der Franklinisation um eine Beeinflussung des Gefäfstonus im Sinne der Vasokonstriktion handelt um ein Schwinden der entzündlichen Vorgänge und um ein Zurückgehen der ödematösen Erscheinungen.

Dieses elektrostatische Verfahren eignet sich ganz vorzüglich zur Behandlung der mit der weichen Röntgenröhre bestrahlten Lupuspartien.

Zumeist genügt eine einzige Sitzung von zehn Minuten Bestrahlungsdauer mit weicher Röhre, um die gewünschte elektive Nekrose der Lupusknötchen hervorzubringen; eventuell wird noch eine zweite Sitzung vorgenommen. Nach wenigen Tagen ist der Effekt eingetreten; man leitet nun sofort die elektrostatische Behandlung ein. Nach eventueller Bepinselung mit einer Mischung von Suprarenin und Novocain läfst man durch zehn Minuten die Büschelentladung einwirken und fügt durch zwei bis drei Minuten eine Behandlung mit kleinen Funken an. Die Sitzungen werden täglich wiederholt; nach jeder Sitzung wird ein Borwasserverband angelegt. Die Raschheit, mit der sich die Ulceration überhäutet, ist auffallend; die Heilung erfolgt mit einer kosmetisch untadelhaften Narbe.

Es ist klar, dafs diese Methode nichts mit der von Suchier[12] und seinem Schüler Deuchler[13] geübten Behandlungsart gemein hat, in der sie von der zerstörenden Wirkung starker Funken Gebrauch machen; Suchier entfernt zunächst durch Kurettierung das kranke Gewebe und behandelt den kurretierten Grund mit den Funken bis zum Eintritt der schwarzen Verfärbung.

Wie Strebel[14] richtig bemerkt, handelt es sich bei dieser Methodik um molekuläre Zertrümmerung, die sich ebenso gut mit Hochfrequenzfunken erzielen läfst.

Es lag nahe, daran zu denken, die molekuläre Zertrümmerung des lupösen Gewebes an Stelle der Zerstörung durch Röntgenstrahlen zu setzen und die Erfolge zu vergleichen. Ich wählte dazu einen Fall, in dem isolierte Herde an der Nase und am Philtrum standen, so dafs eine verschiedene Behandlung der einzelnen Herde möglich war.

---

[12] Die Behandlung des Lupus vulgaris mit statischer Elektrizität. *Wiener Klinik.* 1904. XXX. S. 269. — *Dermat. Zeitschr.* 1905. Heft. 11. Traitement électrostatique du Lupus vulgaire, du Lupus erythémateux de la peau et d'autres affections parasitaires. *Annal. d'électrobiologie.* 1905. VIII. Nr. 4.

[13] Deuchler. Verhandlungen der 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Stuttgart. September 1906.

[14] H. Strebel. *Dermat. Zeitschr.* 1905. XII.

Die 35jährige Patientin trat am 17. November 1905 in meine Behandlung. Zunächst wurde der Herd an der Nasenspitze zur Röntgenbestrahlung gewählt; eine einzige Sitzung von zehn Minuten Dauer mit weicher Röhre genügte, um fünf Tage später ein kraterförmiges, scharfrandiges Geschwür zu erzeugen, das genau dem Umkreise des lupösen Herdes entsprach. Nun wurde die elektrostatische Behandlung eingeleitet; die Patientin wurde täglich mit der Büschelentladung durch zehn Minuten behandelt; schon am 30. November begann sich der Substanzverlust zu verkleinern, und am 12. Dezember konnte die Nasenspitze als geheilt angesehen werden. Die am Philtrum befindlichen Lupusknötchen wurden nun mit Hochfrequenzfunken behandelt und der durch die Zerstörung hervorgerufene Substanzverlust der täglichen Büschelentladung ausgesetzt. Auch diese Wunde heilte prompt, und zu Anfang Januar 1906 schienen alle Lupusknötchen verschwunden, die Narben waren tadellos. Mitte Februar 1906 trat aber in der Narbe am Philtrum ein Rezidiv auf, während die Narbe an der Nasenspitze frei vom Rezidiv blieb. Das Philtrum wurde nun mit starken elektrostatischen Funken behandelt und die zerstörte Partie wieder der Büschelentladung ausgesetzt. Die Heilung trat auch diesmal prompt ein, und die Patientin blieb bis zum November 1906 rezidivfrei. In dieser Zeit stellte sie sich neuerdings mit einem Rezidiv am Philtrum vor, das auf Hochfrequenzbehandlung vollständig zurückging, aber im März 1907 wieder auftrat. Die Narbe an der Nasenspitze, also jene Stelle, an welcher die Röntgenbehandlung vorgenommen worden war, blieb die ganze Zeit über vollständig normal.

Dieser Fall, in dem die Möglichkeit geboten war, an benachbarten Hautstellen verschiedene Behandlungsmethoden anzuwenden, erlaubt wohl den Schlufs, dafs die Zerstörung der Lupusknötchen durch Röntgenstrahlen geeigneter ist als die molekuläre Zertrümmerung durch den Funken, sei es, dafs dieser von einer Franklinschen Maschine oder von einem Hochfrequenzapparat geliefert wird, und dafs die elektrostatische Behandlung imstande ist, eine rasche Heilung des gesetzten Substanzverlustes herbeizuführen. Die Einfachheit und die Billigkeit dieses kombinierten Verfahrens rechtfertigen wohl die Veröffentlichung unserer gegenwärtigen Methodik und erlauben die Erwartung, dafs unsere Empfehlung viele Nachprüfer finden werde.

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 21. Februar 1907.

Diese Sitzung war ausschliefslich einer Besprechung des **Oleum cinereum und seiner Wirkung bei der Syphilis** gewidmet. Während die meisten Redner, Duhot, Jullien, Etienne u. a., des Lobes voll waren für dieses Mittel und vom grauen Öl, in Form von Einspritzungen verabreicht, nur Gutes zu sagen wufsten, verhielt sich A. Fournier etwas zurückhaltend. Er anerkannte freilich auch die guten Wirkungen dieser Behandlungsweise, weifs aber über sehr üble Nebenerscheinungen zu berichten: Mehrfach heftige Schmerzen; Koliken und Durchfall; einmal sogar heftige, gangränöse, zum Tode führende Stomatitis sechs Wochen nach der letzten Oleum cinereum-Einspritzung. Ganz ungünstig über das Mittel urteilte Al. Renault; das von ihm bevorzugte Medikament ist das Protojoduret. Hydrarg. mit etwas Opium und pulverisierter Chinarinde in Oblate.

In der Sitzung vom 21. März 1907

wurde ausschliefslich über die **Herstellungsweise des Oleum cinereum und über die Art seiner Anwendung** verhandelt. Es stellte sich heraus, dafs in bezug auf die Zusammensetzung des Oleum cinereum noch sehr viel Willkürlichkeit herrscht und dafs jeder Arzt ungefähr seine eigene Formel hat. Die Meinungen über die beste Formel gingen ziemlich weit auseinander, und es wurde schliefslich von A. Fournier beantragt, diese Frage einem Ausschufs zur eingehenden Prüfung zu überweisen. — Über die weitere Geschichte dieses Antrages findet sich in den Berichten kein Vermerk.

Sitzung vom 8. April 1907.

Von den zahlreichen Demonstrationen dieses und der folgenden Sitzungsabende greife ich einige, die besonders interessant erscheinen, heraus.

Über einen neuen Fall von Psoriasis im Anschlufs an die Impfung berichten Hallopeau und Gastou. Die typische Psoriasis kam bei einem Erwachsenen am sechsten Tage nach der Impfung zum Ausbruch; vorher hatte er nie an der Schuppenflechte gelitten.

Eine andere **herpesartige Ausschlagform** demonstrierte Danlos an einem sechsmonatigen Kinde; sie war gleichfalls wenige Tage nach der Impfung aufgetreten und hatte sich schnell über den ganzen Körper verbreitet. Pemphigus, Syphilis und Dermatitis herpetiformis konnten ausgeschlossen werden.

Gaucher und Monier-Vinard berichten über die **Übertragung der Syphilis durch ein Bruchband.** Der 58jährige Patient, dem jede syphilitische Vorgeschichte fehlte, hatte sich im Krankenhaus ein linksseitiges Bruchband anpassen lassen. An der Stelle, wo die Pelotte den stärksten Druck ausübte, entstand nach etwa drei Wochen ein Ulcus specificum, dessen wahre Natur aber erst zwei Monate später, nachdem phagadänische, ekthymatiforme Syphilide aufgetreten waren, erkannt wurde. — Vermutlich war das Bruchband vorher einem anderen, syphilitischen Patienten anprobiert worden.

Dieselben Autoren stellten auch eine 50jährige Frau mit einem **Ulcus durum in der Regio axillaris** — welche Seite, ist nicht gesagt — vor und einen jungen **Heredo-Syphilitiker** mit tertiären Syphiliden der Nase, mit Gaumengumma, Syphilom des Gaumensegels und Keratitis interstitialis.

Interesse erwecken auch einige Fälle von **Sporotrichosis der Haut** und die Ausführungen von Gastou über **Lungenmykosen**, ihre Verwechslung mit Tuberkulose und ihren Zusammenhang mit Hautmykosen.

In der Sitzung vom 2. Mai 1907

stellen Hallopeau und Gastou eine 62jährige Patientin mit einem **Riesenepitheliom der linken Hälfte der Kopfhaut** vor. Erstes Auftreten des Leidens in Form eines kleinen Tumors, der nach fünfjährigem Bestehen zu wachsen anfing und seit fünf Jahren ulceriert ist. Jede Behandlung ergebnislos.

Ein Fall von weit vorgeschrittener **Lepra mixta** wird von Hallopeau und Boudet vorgestellt. Sie beabsichtigen, ihn mit Atoxyl, das bei der Syphilis so nennenswerte Erfolge aufzuweisen hat, zu behandelu und beabsichtigen, in einer der nächsten Sitzungen wieder zu berichten.

Einen Fall von **Nigrities linguae** nach dem Gebrauch von Aqua oxygenata hat L. Bizard beobachtet.

Louste zeigt einen hübschen Fall von **Lichen planus**, der sich ausschliefslich auf die Schleimhaut der rechten Mundhälfte beschränkt. Der Befallene kaut wegen schlechter Beschaffenheit seiner Zähne nur auf der rechten Seite und hält seine Zigarette auch immer rechts.

Ein weiterer Fall von **Lichen planus des Mundes und des Penis** wird von Gaucher und Louste vorgestellt. Auf dem Glied machte der Ausschlag ganz den Eindruck eines papulösen Syphilids.

Morestin stellt vier Fälle von **Nasenkrebs** vor. Bei frühzeitiger Operation ist der Eingriff sehr einfach, die Heilung glatt mit guter Vernarbung. Warten die Patienten zu lange und lassen sie dem Krebs Zeit zur Zerstörung, so bereitet die Hautplastik grofse Schwierigkeiten. Es empfiehlt sich dann, die Operation in drei Abteilungen auszuführen.

In der Sitzung vom 16. Mai 1907

wird ausschliefslich über die verschiedenen **Behandlungsarten des Lupus** verhandelt, wobei jeder Autor naturgemäfs die Vorteile seiner Methode hervorhebt. Zur Besprechung gelangen die Radio- und Phototherapie, die Behandlung des Lupus tuberculosus mit Chlorantimon, seine operative Entfernung.

Sitzung vom 6. Juni 1907.

A. Renault stellt einen Kellner mit **Ulcus durum am vorderen Gaumen** und Sekundärerscheinungen vor. Eine derartige Lokalisation des extragenitalen Schankers ist äufserst selten. R. nimmt an, die Infektion sei dadurch zustande gekommen, dafs der Kellner aus derselben Flasche mit seinen Kollegen Wein getrunken habe.

Wickham und Degrais haben ein **Ulcus varicosum**, das allen anderen Behandlungsarten trotzte, mit Hilfe von Radiumbestrahlung geheilt. Sogenannte „trockene Methode“ von Danlos.

Gaucher, P. Camus und Druelle stellen einen jungen Mann mit einem harten **Schanker des Zahnfleischrandes** des linken Oberkiefers vor, der wahrscheinlich auf aufsergeschlechtlichem Wege entstanden ist. Auffallend ist, dafs das Ulcus in diesem Fall bis ans Periost dringt, einen gröfseren Umfang gewinnt und mehrere Zähne blofslegt.

Den recht seltenen Fall eines **Ulcus specificum der Fossa navicularis urethrae** können Gaucher und Camus vorführen.

P. Gastou und Bogolepoff sprechen über den Zusammenhang von **Erythrodermia desquamativa und bullösen Hauterkrankungen mit Veränderungen in der Schilddrüse und den Nebennieren.** In einem Fall von Dermatitis exfoliativa

fanden sie Sklerose der Schilddrüse mit Atrophie der Follikel und des Epithels, in den Nebennieren eine Cyste. Bei einer Pityriasis rubra HEBRA kolloide Degeneration der Schilddrüse und Lymphosarkom der Nebenniere. Bei einem Pemphigus foliaceus Adenom des Corpus thyreoideum und der Nebennieren. Bei einer Dermatitis herpetiformis endlich Adenocarcinom der Schilddrüse und Sklerose des Bindegewebes in den Nebennieren. Sie bestehen auf einem funktionellen Zusammenhang jener beiden Organe mit bestimmten Erkrankungen der Haut.

F. BALZER und P. MERLE stellen zwei Fälle von **Livedo inflammatoria** vor und knüpfen daran längere Betrachtungen. Unter Livedo im allgemeinen werden Kongestionen in der Haut verstanden, wobei es zur Bildung von Flecken und Netzen kommt, die oft lange Zeit bestehen können und die einigermaſsen an die Totenflecke erinnern. Bei der Livedo inflammatoria kommt es aus unbekannten Ursachen zu vasomotorischen Störungen mit Entzündungen der Venenwände.

An einem 70jährigen Mann demonstrieren DANLOS und BLANC **symmetrische Lymphome** beider Augenlider, der linken Wange und des linken Ohres ohne gleichzeitige Leukämie. Die Tumoren machten, abgesehen von der Gesichtsentstellung, keine weiteren Symptome.

Den Schluſs dieser Sitzung bildet der Bericht über drei Fälle von **Pellagra**, die BRAULT im letzten Jahre in Algier beobachtet hat und die alle drei tödlich endeten.

Türkheim-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 86, Heft 1 und 2.

Das Heft enthält noch einige Arbeiten zu der NEISSERschen Festschrift.

I. **Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage**, von HARTTUNG und OTFRIED FOERSTER-Breslau. Während man noch vor nicht langer Zeit die Einwirkung des Quecksilbers auf die tertiären Syphiliserscheinungen für nutzlos und das Jod in diesem Stadium für das allein wirkende Mittel hielt, haben sich die Ansichten neuerdings wesentlich geändert, besonders seit dem Ausspruche RENVERS: „In der Spätperiode der Syphilis wird man bei Beginn der Zirkulationsstörungen die Entwicklung der Granulationswucherungen am besten und schnellsten durch Quecksilber hemmen und die Rückbildung durch fortgesetzte monatelange Jodbehandlung befördern.“ Nur bei Erkrankungen syphilitischer Natur, welche sich im Nervensystem abspielen, bei Störungen des peripheren oder zentralen Nervensystems, ist noch heute bei einer groſsen Zahl von Praktikern die Auffassung vorherrschend: Nur kein Quecksilber! Diese Ansicht widerlegen die Verfasser an der Hand ihrer Erfahrungen; sie zeigen, daſs gerade eine energische Quecksilbertherapie auch bei Tabes und Paralyse zuweilen Gutes erreichen kann. Der Luesinfektionskeim ist sowohl für die Frühperiode als auch für die Spätperiode als erste Ursache der Erkrankung erwiesen, und daher muſs auch in beiden Stadien Merkur Anwendung finden. Die Erkrankungen luetischer Natur, welche sich in Störungen des Nervensystems äuſsern, sind nicht unter eine ganz allgemeine Betrachtung zu fassen. Sie gehören pathologisch-anatomisch ganz verschiedenen Gebieten an; zeitlich ist ihr Auftreten auf eine bestimmte Periode der Syphilis durch-

aus nicht beschränkt. Zunächst können sie das Gefäfssystem befallen, was nicht selten ist. Hierbei bewirkt das Calomel in Injektionsform sich tadellos; auch das graue Ol ist dabei oft von Nutzen, während eine Schmierkur oft versagt. Verfasser haben in einer Reihe von Fällen, welche ausführlich beschrieben werden, mit Calomelinjektionen teilweise geradezu überraschende Erfolge erzielt, wenngleich sie natürlich auch die zuweilen auftretenden unangenehmen Nebenwirkungen des Calomels durchaus anerkennen. Natürlich erfolgten nicht immer Heilungen, aber oft doch derartige Besserungen, dafs man durchaus zufrieden sein kann, zumal in Fällen, wo jede andere Therapie versagte. Im zweiten Teile der Arbeit betont FOERSTER speziell den Nutzen der Calomelinjektionen bei Tabes und zeigt dieses an mehreren gebesserten Fällen.

II. **Syphilidologische Beiträge**, von J. JADASSOHN - Bern. In einer langen wissenschaftlichen Arbeit unterzieht J. verschiedene Fragen aus dem Gebiete der Syphilis einer erneuten Erörterung, so zuerst die Frage der Exzision des Primäraffektes. Es ist noch unbekannt, wie sich die Spirochäten bis zu dem Manifestwerden des Primäraffektes verhalten, ob sie vom Augenblick der Inokulation an sich vermehren und es nur der entzündliche Prozefs ist, der sich so langsam entwickelt, oder ob sie erst eine Art Akklimatisationsperiode durchmachen müssen und dann relativ plötzlich zu wuchern und pathogen zu wirken beginnen. Eingehend wird die Frage besprochen, wann die Lues konstitutionell wird, denn diese gibt die Grundlage der abortiven Therapie durch Zerstörung des Primäraffekts. Die Exzisionsversuche der Inokulationsstellen bei Affen sind wiederholt gemacht worden und zum Teil nicht gelungen, auch wenn sie sehr früh vorgenommen wurden; die Spirochäten gehen frühzeitig ins Blut über. Jedoch ist der Gedanke, die Spirochäten könnten in der Zirkulation und selbst in den Organen vor dem Ausbruch der Roseola zugrunde gehen, nach neueren Forschungen, nicht so absurd, wie er zuerst erscheinen mag. Eine Exzision ist daher in einzelnen Fällen doch von Erfolg und sollte häufiger in Anwendung gebracht werden, als es bisher geschieht.

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit sekundärer Syphilis, besonders mit den verschiedenen Formen der papulösen Lues. Als eine besondere Form erwähnt J. die multiple sekundäre lupoide Lues, die er beschreibt als sehr reichliche, gern gröfsere Dimensionen annehmende oder in Gruppen bei einander stehende oder selbst konfluierende, gelb- bis braunrote, leicht hämorrhagische Herde, die durch ihre sehr weiche Konsistenz von den anderen papulösen Syphiliden unterschieden sind; diese Form weist eine tuberkuloide Struktur auf und kann auch makroskopisch geradezu lupoid sein. Die pustulösen Formen bilden dann den Übergang zur malignen Lues, welche J. für tertiär hält. Der dritte Teil der Arbeit bespricht die tertiäre Syphilis und die eventuelle Modifikation der Spirochäten dabei, der vierte handelt von der Re- und Superinfektion. Die neueren Experimente haben gezeigt, dafs in der ersten und zweiten Inkubationsperiode Reinokulationen mit eigenen und fremden Spirochäten haften können. Zum Schlusse bespricht J. die Frage, wie weit syphilitische mit bestehenden tertiären Symptomen neu infiziert werden können und fügt noch einen Absatz über die vergleichende Pathologie der Syphilis hinzu.

Den Schlufs der umfangreichen Festschrift zu Ehren NEISSERS bildet ein Verzeichnis der Arbeiten, die in den Jahren 1882 bis 1907 aus der Breslauer Dermatologischen Klinik unter der Leitung NEISSERS hervorgegangen sind, ein Beweis dafür, wie anhaltend mit Fleifs dort gearbeitet wird.

An weiteren Arbeiten enthält das Doppelheft

III. **Zur Kasuistik der Sklerodermie**, von FR. SCHMIDT-Würzburg. Der Fall zeichnet sich durch eine eigentümliche Pigmentanomalie aus, bietet sonst nichts Neues.

IV. **Weitere kasuistische Beiträge zu den multiplen symmetrischen Gesichtsnaevi**, von MAX WINKLER-Bern. Es handelt sich um einen Fall von Syringomen und einen Fall von Gesichtsnävus ohne Besonderes.

V. **Cutis plicata**, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. Unter obigem Namen versteht HELLER eine bisher nicht beschriebene Hautanomalie, welche er an einem 21jährigen Steinmetz beobachtete. Sie besteht darin, daſs die Hände des Patienten von Kindheit an den Eindruck von Greisenhänden machten, indem sie überall mächtige Falten zeigen. Bei näherer Betrachtung sieht man, daſs die ganze Haut gerötet ist und in toto hart ist; es gelingt nicht, Dellen hervorzurufen, auch nicht, sie im ganzen zu erheben und zu verschieben; die Falten lassen sich weder durch seitlichen, noch von oben hereinwirkenden Zug und Druck ausgleichen. Subjektive Beschwerden fehlen, nur bestand starke Hyperhidrosis.

VI. **Über Leukoplakia (Leukokeratosis) penis**, von ALFRED KRAUS-Prag. Es handelt sich um einen Fall, welcher im Bereiche der Glans und des Präputium Verdickungen und Verhärtungen der Haut, von Ulcerationsprozessen begleitet, bot und an einen entzündlichen, der Leukoplakie der Schleimhäute analogen Vorgang denken lieſs, der mit konsekutiven Veränderungen einhergegangen sei. Der Umstand aber, daſs andrerseits die Begrenzung der verdickten Partien stellenweise eine auffallende opaleszierende Beschaffenheit in Form einer feinen Randlinie darbot, lieſs den Verdacht auf Übergang in epitheliale Neubildung aufkommen. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines chronisch-entzündlichen Prozesses im subepithelialen Anteile der Haut, verbunden mit hochgradigen Veränderungen im epithelialen Teile derselben, die sich im Sinne einer Akanthose und sehr hochgradigen reinen Hyperkeratose darstellen. Das beschriebene Krankheitsbild gehört in die Gruppe der als Leukoplakie zusammenzufassenden Krankheitsformen.

VII. **Framboesiforme, kolliquative Kontiguitätstuberkulose der Haut**, von S. REINES-Wien. Es handelt sich um eine Hauterkrankung aus EHRMANNS Poliklinik, deren ursprüngliches Krankheitsbild, Verlauf und Endstadium genau zu beobachten waren. Aus kleinen Knötchen entwickelten sich Pusteln, Abscesse, Fisteln und allmählich framboesiforme Wucherungen, gröſstenteils mit Erhaltung der Tendenz zur Fistelbildung und eitrigen Einschmelzung. Die verschiedenen Stadien und Zwischenformen entwickelten sich rasch auseinander und waren dann an verschiedenen, aber auch an ein und derselben Effloreszenz gleichzeitig nebeneinander zu finden. Es bot sich ein rapider, wechselvoller Verlauf; auch waren dem Hautgebiete entsprechend echte tuberkulöse Lymphdrüsenveränderungen bemerkbar. Eine ausgebreitete innere Tuberkulose führte schnell den Tod herbei. Die Framboesien und ihre verschiedenen Vorstadien zeigten mikroskopisch das Bild einer typischen tuberkulösen Erkrankung.

VIII. **Eine Quecksilberschnupfungskur**, von CARL CRONQUIST-Norrköping. Vor kurzem hat THALMANN eine neue Methode der Quecksilbereinverleibung angegeben, nämlich statt gröſsere Mengen Quecksilbersalbe in die Haut einzustreichen, kleinere Mengen davon einfach in die Nase einzustreichen, da so ja mit jedem Atemzuge groſse Quantitäten von Quecksilberdämpfen in die Lungen gelangen. THALMANN hat diese Nasenquecksilberkur an einer groſsen Reihe von Syphilisfällen geprüft und ist mit den klinischen Resultaten sehr zufrieden, besonders als Unterstützungskur und intermittierende Kur. C. hat nun versucht, statt der Salbe, das Quecksilber in Pulverform als Schutzmittel zu verwerten (Hydrargyrum cum creta). Die klinischen Resultate waren durchaus befriedigend. Er gab 4 oder 4,5 g 30% Hydrargyrum cum creta täglich zum Schnupfen, welches zuerst leise, dann immer kräftiger, in langen Zügen eingezogen werden muſste und auf drei bis sechs Teile

täglich verteilt wurde. In allen Krankheitsfällen gingen die Erscheinungen, auch grofse Genital- und hohe Stammpapeln, schnell zurück, selbst in den Fällen, wo nur 3 g täglich gegeben wurden.

IX. **Ein Fall von Pseudofurunkulosis pyaemica** (Finger), von Carl Klein-Hamburg. Ausführliche Beschreibung des interessanten Falles und Deutung der Fingerschen Krankheit.

X. **Die Blastomyceten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten**, von E. J. Marzinowski und S. L. Bogrow-Moskau. Die umfangreichen Untersuchungen der russischen Forscher stellen folgende Tatsachen fest:

1. Auf gesunder und kranker Menschenhaut sind Blastomyceten häufig zu treffen.

2. Besonders oft sind die Blastomyceten an Stellen mit reicher Talgabsonderung (z. B. Capillitium, Nasenhaut, Hautfollikel) vorhanden.

3. Die auf der Haut sich befindenden Blastomyceten können pathogen sein.

4. Blastomyceten, die auf der Haut gewöhnlich saprophytische Lebensweise führen, können manchmal an Resistenzfähigkeit zunehmen und der reaktiven Entzündung widerstehen.

5. Vergröfserung der Widerstandsfähigkeit und Pathogenität der Blastomyceten sind Vorbedingungen für Entstehung der Hautblastomykose.

6. Dieselbe Rolle kann auch die Schwächung des Gesamtorganismus spielen.

7. Die Anfangsstadien der Hautblastomykose besitzen klinisch den Charakter einer akneiförmigen Eruption.

8. Histologisch entspricht diesen Anfangsstadien der Hautblastomykose Entzündung der Hautfollikel und der perifollikulären Gewebe.

9. Wenn die unter 3 und 4 angeführten Vorbedingungen nicht mehr Platz haben, kann der Krankheitsprozefs keine weitere Entwicklung haben und wird bald gänzlich unterdrückt werden.

XI. **Ein Fall von benignem Miliärlupoid** (Boeck), von Marie Opificius-Frankfurt a. Main. Es handelt sich um eine Hautaffektion an Stirn und Wangen, oberen Extremitäten und Rücken, die in gröfserem oder kleinerem Knoten auftritt und mit ihrem Infiltrat die ganze Dicke der Cutis durchsetzt. Auf einer Anzahl Tumoren lassen sich miliäre bräunliche Knötchen nachweisen, die teils in Haufen, teils disseminiert angeordnet sind und aufserhalb der Tumoren in der scheinbar gesunden Haut als Pioniere auftreten, während sie sich bei den ältesten und den jüngsten Tumoren nicht nachweisen lassen. Auf Tuberkulininjektion folgt lebhafte Reaktion und ganz bedeutende, aber vorübergehende Besserung. Auch lange fortgesetzte Arsenanwendung vermag nur eine vorübergehende Besserung herbeizuführen. Die Krankheit hat am meisten Ähnlichkeit mit dem Boeckschen benignen Miliärlupoid.

XII. **Zur Histologie der Arsenkeratose**, von Ludwig Waelsch-Prag. Die Beobachtung eines Falles typischer Arsenkeratose gab Gelegenheit, die Affektion histologisch zu untersuchen. Die Befunde werden ausführlich aufgeführt.

XIII. **Über einen Fall von Erythema annulare recidivans**, von Carl Bohac-Prag. Kasuistisches Material.

XIV. **Zur Wirkung des Quecksilbers**, von K. Kreibich-Prag. Untersuchungen über die Beeinflussung der baktericiden Eigenschaften des menschlichen Blutserums durch Quecksilber liegen nicht vor, nur Tierversuche wurden bisher von Bentivenga und Cerini angestellt. K. hat nun eingehende Versuche derart angestellt und waren die erlangten Resultate recht interessant. Sicher ist, dafs die Blutwirkung auf einen bestimmten Bacillus durch ein nicht spezifisches Mittel, wie Quecksilber, verändert werden kann, und zwar, soweit sich feststellen liefs, in anscheinend regelmäfsiger,

gesetzmäfsiger Weise. Damit ist eine neue Untersuchungsmethode der Wirkung chemischer Agentien auf den gesunden und kranken Organismus gegeben, die, noch in den ersten Anfängen stehend, noch mühsam zu handhaben, sicher der Verbesserung fähig ist. Die Antikörperbildung im Blute, welche, ob ursächlich oder nicht, die Ausbildung einer spezifischen Krankheitsimmunität begleitet, ist nichts anderes als ein Spezialfall einer stets möglichen Körperreaktion, die sich im Verhalten der Körpersäfte zu erkennen gibt. Eine Anhäufung besonders gearteter Reaktionsprodukte (Antikörper) kann zwar bei der Quecksilberbehandlung nicht erfolgen, aber die normalen Immunkörper, auf welchen ja die Bakteriolyse sehr wesentlich beruht, verschwinden und erscheinen nach den gleichen Gesetzen, welche das Auftreten und Bestehenbleiben der spezifischen regeln; das heifst aber, dafs die Antikörperbildung schon in der normalen Organisation des Körpers als Anlage enthalten ist, die nur eines geeigneten Antigens als Anstofs bedarf, um sich prinzipiell immer in gleicher Weise, aber je nach der Art des Antigens in verschiedener Richtung zu enthalten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X, Heft 10. Juli 1907.

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl, von F. Yùdice-Berlin. Angeregt durch die Arbeit Erbs über die Häufigkeit des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen und Kinderzahl durchforschte Verfasser das Material der Josephschen Poliklinik in bezug auf das blennorrhoisch infizierte Material. Es handelte sich um 13000 Fälle, unter denen sich 1347 Fälle von frischem Tripper (10,36 %) und 944 (7,26 %) von chronischem Tripper, im ganzen also 17,62 % befanden. Von den sämtlichen Trippern waren 67,6 % vor dem 25. Lebensjahre erworben. Die 2300 Tripperfälle betrafen Arbeiter, Handwerker, Kaufleute, Beamte. Nach den Erörterungen des Verfassers ist auch in der niederen Gesamtbevölkerung der Grofsstadt nur die Hälfte der Männer blennorrhoisch infiziert worden. Von Wichtigkeit ist es, zu wissen, wieviel ohne und wieviel mit blennorrhoischer Infektion in die Ehe treten, damit man so den Einflufs auf die Ehe und Kinderzahl finden kann. Dieses soll im zweiten Teil der Arbeit später festgesetzt werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 7.

Über die Ätiologie des Ulcus molle, von Alberto Serra-Cagliari. Im Anschlufs an seine Studien über den Bacillus des Ulcus molle hat S. auch an Bubonen bei Ulcera mollia bakteriologische Untersuchungen vorgenommen; ihre Ergebnisse fafst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Entstehung der nicht eröffneten venerischen Bubonen ist auf den Ducreyschen Bacillus zurückzuführen.

2. Die Ducreyschen Bazillen lassen sich, auch wenn sie im Eiter fehlen, in dem von den Wänden eines Bubo abgeschabten Material mikroskopisch nachweisen, wenn nur der Bubo frischen Datums ist.

3. Im Eiter unterliegen sie den Erscheinungen der Chromatolyse, die eine Folge der unter dem Einflusse der bekannten baktericiden Eigenschaften des Eiters stattfindenden Autolyse ist.

4. Dieselben Vorgänge treten, wenn auch später, in den Wänden des Bubo ein.

5. Infolge der baktericiden Wirkung des Eiters nimmt auch die Widerstandsfähigkeit der Bakterien im Eiter ab; infolgedessen sterben sie schon bei Temperaturen von wenig über 40° ab.

6. Die Bakterien lassen sich aus den Wänden der Bubonen stets züchten, wenn diese nicht schon zu lange bestehen und stets geschlossen geblieben sind.

7. Aus den ulcerierten Bubonen sind die Bakterien leichter zu isolieren als aus den Ulcera mollia.

8. Die Virulenz der Bakterien steht ebenfalls in Beziehung zum Alter des Bubo, da sich nur aus jüngeren Bubonen Bakterien züchten lassen, die imstande sind, bei Überimpfung wieder Ulcera hervorzurufen.

Toxikodermie nach Röntgenbestrahlungen, von Fricke-Cöln. Ein 19jähriger Arbeiter wurde wegen einer hartnäckigen Bartflechte einer ziemlich energischen Röntgenbehandlung unterzogen; der Erfolg war, daſs der Ausschlag eher schlimmer wurde, so daſs die Bestrahlungen ausgesetzt werden muſsten. In den folgenden Wochen entwickelte sich auf der bestrahlten Partie eine starke Röntgendermatitis. Gleichzeitig kam es am Rumpf und an den Extremitäten unter Frösteln, Gefühl von Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit zur Bildung zahlreicher, roter, infiltrierter, stecknadelkopf- bis zehnpfennigstückgroſser, von locker aufsitzenden Schuppen bedeckten Flecken, die durchaus Psoriasiseffloreszenzen glichen. Auſserdem aber entstanden an den Handtellern, der Volarseite sämtlicher Finger und an den Fuſssohlen über infiltrierter eigentümlich bläulich-lividrot verfärbter Haut enorme Hyperkeratosen, die so stark waren, daſs der Patient kaum gehen und die Hände nicht mehr bewegen konnte. Flecken und Hyperkeratosen verschwanden unter Verbänden mit indifferenten Salben und Bäderbehandlung ziemlich rasch; nur die bläulich-rote Verfärbung an Füſsen und Händen blieb zunächst bestehen.

Fr. glaubt, daſs die sonderbare Hautaffektion nur die Folge einer Resorption von Toxinen, die an der bestrahlten Stelle entstanden sind, gewesen sein kann, daſs es sich also um eine Toxikodermie gehandelt hat. Fieber und andere Allgemeinerscheinungen nach Röntgenbehandlung kommen, seitdem therapeutische Bestrahlungen innerer Organe vorgenommen werden, häufiger zur Beobachtung, wahrscheinlich, weil zu diesen Bestrahlungen ausschlieſslich harte Röhren verwendet werden, deren Strahlen in der Tiefe Veränderungen hervorrufen. Vermutlich sind auch in dem hier beschriebenen Falle harte Röhren gebraucht worden. Für die Behandlung von Hautkrankheiten erscheinen diese jedoch nicht zweckmäſsig; denn wenn auch die Wirkung der Strahlen auf die Haut bei harten Röhren sicher schwächer ist als bei weichen und damit auch die Gefahr einer Röntgendermatitis kleiner, so ist andererseits die für die Behandlung der Hautkrankheiten unnötige und durchaus nicht gleichgültige Tiefenwirkung eine viel zu groſse. Für die dermatologische Therapie empfiehlt sich, damit unangenehme allgemeine Nebenwirkungen vermieden werden, die Anwendung mittelweicher Röhren, deren Strahlen vorwiegend auf die Haut wirken.

Zwei Fälle von Sklerödem, von Felix Pinkus. Bei einem 48jähr. Kutscher entwickelte sich ganz langsam im Laufe mehrerer Monate unter stetig zunehmender Körperschwäche, von unten nach oben zu aufsteigend, eine Verdickung und Verhärtung der Haut, die namentlich an der Brust, am Bauch und am Rücken auſserordentlich stark wurde. Der Kranke klagte über Spannungsgefühl am Rumpf, Gefühl von Steifheit und insbesondere über unangenehme Empfindungen an Füſsen und Händen, obwohl hier die Veränderungen am geringsten waren. An den Stellen, an denen die Haut besonders dick und hart war, war die Schweiſssekretion bedeutend geringer als an anderen Partien; die Sensibilität war nirgends verändert. Die verdickte Haut war nicht wie bei Sklerodermie glänzend und gelblich und brettartig hart, sondern

sammetartig matt, blafs oder cyanotisch und mit dem Finger eindrückbar; eine Delle blieb jedoch nicht stehen. Die Derbheit der Haut und das Spannungsgefühl wiesen beträchtliche Schwankungen auf; sie wurden mehrmals so stark, dafs Atembeschwerden auftraten, um dann rasch wieder abzunehmen. Am oberen Drittel der Vorderseite des rechten Oberschenkels war die Haut an einer handtellergrofsen Stelle deutlich atrophisch. Eine aus dem Rücken exzidierte Hautpartie liefs schon bei makroskopischer Betrachtung erkennen, dafs die Ursache der anscheinenden Verdickung in der Cutis ihren Sitz hatte; eine wirkliche Cutisverdickung war aber nicht nachweisbar, es kann sich nur um eine Cutisversteifung infolge Einlagerung einer Flüssigkeit gehandelt haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dafs die Gefäfse von Mastzellen eingescheidet waren, und dafs zahlreiche, mit braungelbem Pigment gefüllte Zellen teils um die Gefäfse, teils im Papillarkörper zerstreut lagen. Diese Zellansammlungen müfsten nach Ansicht P.s als Zeichen eines langdauernden Ödems oder besser noch einer Anschuppung von überschüssigen nahrhaften Säften aufgefafst werden. Das ganze Krankheitsbild bezeichnet P. als Sklerödem. Ob die circumskripte Hautatrophie am rechten Oberschenkel in genetischem Zusammenhang mit dem Sklerödem stand, ist nicht zu entscheiden; jedenfalls erinnerte diese Atrophie an die atrophischen Endstadien bei Sklerodermie und bei Erythromelie (Pick) oder Acrodermatitis atrophicans (Herxheimer). Zwischen dem Sklerödem und diesen beiden Affektionen bestehen auch sonst mehrfach Ähnlichkeiten, die eine Zusammenfassung in eine Gruppe wohl rechtfertigen. — Durch heifse Bäder, innerlichen Gebrauch von Aspirin und Einreibung von Salicylsalbe wurden bei dem Patienten zwar die subjektiven Beschwerden, namentlich das Spannungsgefühl, wesentlich gelindert; aber erst durch eine gröfsere Anzahl von Fibrolysininjektionen wurde eine wirkliche Besserung herbeigeführt, die dann auch nach Aussetzen der Behandlung noch weitere Fortschritte machte.

Gleichzeitig mit diesem Falle beobachtete P. einen 58jährigen Arbeiter, bei dem sich ebenfalls unter zunehmender Körperschwäche eine starke Spannung der Haut entwickelte. Besonders über der Brust, am Bauch und am Rücken wurde die Haut dick und schwer faltbar. Bei der Faltung zeigten sich gröbere umschriebene Hervorhebungen, die ohne Zweifel gröfseren Fettgewebskomplexen entsprachen, die von festeren, in die Tiefe ziehenden Bindegewebszügen abgegrenzt waren. Die Haut fühlte sich oberflächlich weich, in der Tiefe aber wie fester Speck an. Auch dieser Patient klagte über ein Gefühl von Spannung am Rumpf und über Schmerzen an Händen, Füfsen und Beinen; sein Körpergewicht hat während der Entwicklung der Krankheit in sechs Monaten um 18 Pfund zugenommen.

Dieser zweite Fall hatte entschiedene Ähnlichkeit mit den leichten Formen der zuerst von Dercum beschriebenen Adipositas dolorosa. Diese in Deutschland wenig bekannte Affektion wurde von Ströbing im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Band 59) ausführlich besprochen.

Über die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal, von Heinr. Kanitz-Kolozsvár. An der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kolozsvár wurden 40 luetische Patienten mit Mergal behandelt. Die Ergebnisse dieser klinisch-therapeutischen Versuche fafst K. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Mergal wirkt sicher und intensiv auf die verschiedenen Erscheinungen der Syphilis. Die therapeutische Wirksamkeit dieses gediegenen Antisyphilitikums erhellt aus der Tatsache, dafs es nicht nur die einfachen und mehr typisch verlaufenden Frühformen der Syphilis, sondern auch die schweren und widerstandsfähigen Krankheitserscheinungen des sekundären Stadiums rasch und sicher beseitigt.

2. Die Verwendung des Mergals ist in der Regel von keinen schweren Kom-

plikationen und Nebenerscheinungen begleitet. Besonders sei hervorgehoben, dafs es schwere, die weitere innerliche Verabreichung des Merkurs behindernde Darmläsionen und damit im Zusammenhang stehende Koliken und Durchfälle gewöhnlich nicht hervorruft.

3. Die Behandlung mit Mergal ist einfach, schmerzlos und bequem, stört weder Lebensweise noch Beruf des Patienten und ist endlich — was manchmal sehr in die Wagschale fällt — überall diskret durchführbar.

K. empfiehlt die Anwendung des Mergals in erster Linie zu mildereren Nebenkuren während der chronisch-intermittierenden Behandlung. Ferner wird das Präparat mit Vorteil in jenen Fällen gebraucht werden, in denen die Fortführung einer Schmier- oder einer Injektionskur wegen des Auftretens von Dermatitiden oder Abszessen oder dergleichen oder infolge äufserer Umstände unmöglich ist. Endlich erscheint das Mergal angezeigt zur Behandlung der parasyphilitischen Erkrankungen, der Tabes und der Paralyse. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 11, Nr. 7.

I. **Richtige Applikationen und richtige Verbände in der Behandlung der Hautkrankheiten,** von Andrew P. Biddle-Detroit.

II. **Psoriasis bei Kindern,** von Carl Leiner-Wien. Bericht von einem sechsmonatigen Kinde, bei welchem Psoriasisplaques am Stamm, an der rechten Wange, den Knien und Ellenbogen bestanden. Einige dieser Plaques heilten mit leukodermatischen Flecken ab.

III. **Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen auf Grund der Erfahrung an 543 Fällen,** von Ernst Ivanyi-Budapest. Die Beobachtungen des Verfassers verteilen sich auf 512 männliche und 31 weibliche Patienten. In 249 Fällen bestand ein Bubo, in 6 Fällen Gangrän des Präputium. Als Streupulver verwendet der Verfasser Jodoform; den Bubo öffnet er entweder breit oder nur durch eine Inzision von $^1/_2$—1 cm Länge mit nachfolgender 10 %iger Jodglycerin-Injektion.

IV. **Pathologie, Symptome und Diagnose der Urethralstriktur,** von Charles S. Stern-Hartford.

V. **Paraphimose,** von Harry Movell-Winnipeg.

VI. **Diagnose der Hautkrankheiten,** von Alfred Schalek-Omaha.

VII. **Komplikationen bei intravenösen Quecksilberinjektionen,** von William F. Bernart-Chicago.

Durch vier Zeichnungen veranschaulicht der Verfasser das Zustandekommen einer Phlebitis und Endophlebitis infolge intravenöser Injektionen, um dann Darmstörungen und Salivation als Folgezustände der Hg-Injektionen zu besprechen.

VIII. **Die Beziehung von sexuellen Exzessen zu Nervenleiden,** von Alfred Gordon-Philadelphia. Sexuelle Exzesse bilden eine Prädisposition für funktionelle Nervenkrankheiten, besonders für die Neurasthenie. Ihr Haupteffekt ist eine Reizung des Zentralnervensystems, welche zur zeitweiligen Impotenz führt.

IX. **Wirkung schlüpfriger Unterhaltungen, unzüchtiger Bücher und Gesellschaften auf die Vornahme sexueller Exzesse,** von Albert E. Sterne-Indianapolis.

X. **Konservative Prostatektomie,** von Andrew J. Crowell - Charlotte. Da Prostatahypertrophie mit kompletter Harnretention auch bei verhältnismäfsig jungen Männern vorkommt, empfiehlt der Verfasser die Prostatektomie nach Young mit Erhaltung der Ductus ejaculatorii.

XI. **Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Nervengewebe**, von J. Phillip Kanoky-Kansas City. Die histologische Untersuchung von normalem und von pathologischem Gewebe, das prolongierten Röntgenbestrahlungen ausgesetzt war, ergab, dafs das Nervengewebe viel weniger beeinflufst war als andere Körpergewebe.

XII. **Tuberkulöse Nephritis**, von Perry Bromberg-Nastroille.

XIII. **Varioliformes Syphiloderm**, von Henry Alfred Robbins - Washington. Bericht von Fällen, in welchen die gestellte Diagnose „Pocken" falsch war, und bei denen es sich um eine papulo-pustulöse Syphilis handelte.

XIV. **Variola und Variolois**, von J. L. Wolfe-Cedar Falls. Die Schutzimpfung bietet die beste Sicherheit gegen die Pocken. Die Variola ist bei den Chinesen keine so ängstlich gefürchtete Krankheit, weil diese Leute seit Generationen eine gewisse Immunität gegen die Krankheit erworben haben und die Infektion leichter verläuft.

Schourp-Danzig.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juli 1907.

Die Opsonine und gewisse bakterielle Hautkrankheiten, von Harry Everett Alderson. Nach Betrachtung der bisher mit der opsonischen Behandlung erzielten Resultate erscheint es A. keineswegs erwiesen, dafs dieselbe bei Acne vulgaris, Furunkulosis, Sykosis, Lupus vulgaris oder Hauttuberkulose irgendwie bessere Erfolge gegeben hat als die bisherigen erprobten Methoden. Die meisten der dermatologischen Fälle waren bedeutend gebessert und nur wenige „völlig gut" und diese Resultate wurden erst nach langer — über Wochen und Monate — ausgedehnter opsonischer Behandlung erzielt. Die opsonische Behandlung ist, so schliefst A., trotzdem von unzweifelhaftem Wert als Hülfsmittel bei gewissen chronischen bakteriellen Hautkrankheiten; um die besten Resultate zu erzielen, sind aber noch andere Mittel, äufsere und innere, diätetische und hygienische Mafsnahmen und Mittel, welche lokale Hyperämie hervorrufen, anzuwenden.

Betrachtungen über Ichthyosis, Bericht über einen Fall von ungewöhnlicher Lokalisierung, von Russell H. Boggs-Pittsburg. Ichthyosis ist eine chronische Hautkrankheit kongenitalen Ursprungs oder in den ersten Lebensjahren sich entwickelnd und charakterisiert durch gestörte Funktionen der Talg- und Schweifsdrüsen, mehr oder weniger allgemeine Trockenheit oder Rauhigkeit der Haut, grofslamellöse Abschuppung und verschiedenen Graden von follikulärer Papelbildung (manchmal warzig oder hornartig). Ichthyosis hat grofse Abwechslung in ihren Formen, Ichthyosis simplex ist die einfachste und Ichthyosis hystrix die schwerste Form. Manche Autoren nennen die mildesten Fälle Xeroderma, B. glaubt jedoch, dafs letztere ein Zwischenstadium zwischen Keratosis pilaris und Ichthyosis simplex ist. Die Ichthyosis bewirkt keinerlei konstitutionelle Symptome, aber oft ist die Beweglichkeit der Gelenke durch die Schuppenanhäufung behindert und Fissuren können bis in das Corium hineinreichen und Bewegungen schmerzhaft machen. Ichthyosis kommt bei allen Rassen und in allen Teilen der Welt vor. Die Prognose bezüglich des Allgemeinbefindens ist eine gute, wenn auch die Krankheit unheilbar ist und meist das ganze Leben hindurch anhält. Bezüglich der Behandlung soll oft entsprechender Wechsel des Aufenthaltsortes von Vorteil sein, äufserlich sind öl- und fetthaltige Mittel zur Entfernung der Schuppen, auch Heifsluft- und Schwefelbäder zugleich mit starken Salicylsalben zu empfehlen, sitzende Lebensweise möglichst aufzugeben. Bei dem Falle, welchen B. beobachtete, begann die Krankheit im Alter von zwölf Jahren, befiel Gesicht, Hals, besonders auch Achselhöhlen, ebenso Brust, Bauch, deren Haut

in hohem Maſse verdickt und pigmentiert ist, und die äuſseren Genitalien; die unteren Extremitäten sind frei. Als interessante Tatsache hebt Verfasser hervor, daſs bei dem nun 17jährigen Patienten die Krankheit trotz der ausgesprochenen Symptome von einer Anzahl von Ärzten nicht diagnostiziert, sondern meist für eine Form von Tinea erklärt wurde. — Mit vier Abbildungen.

Ein Bericht über sechs Fälle extragenitaler Syphilis aus der Landpraxis, von Frank H. Washburn-Jefferson, Mass. Die sechs Fälle beobachtete Verfasser im Verlaufe von vier Jahren, vier davon betrafen die Tonsillen, einer die Unterlippe und der sechste bei einem 19jährigen Mädchen die Brustgegend oberhalb der rechten Brust; in einem der erstgenannten Fälle soll die Infektion durch Verletzung mit unreinen zahnärztlichen Instrumenten zustande gekommen sein.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 7.

Über einen neuen Typus von Erythrodermia exfoliativa, von L. M. Pautrier und Fage. Die Arbeit ist in diesem Heft noch nicht beendet.

Über Seifenpomaden, von M. Carle und R. Boulud. Angeregt durch die Mitteilungen, die Leistikow in seiner von Darier übersetzten Therapie der Hautkrankheiten über die Erfolge mit Seifenpomaden macht, haben die Verfasser ihrerseits Versuche angestellt, um zu einer brauchbaren Seifenpomade zu gelangen. Selbstverständlich haben sie sich dabei an die Erfahrungen von Unna und Leistikow angelehnt, sind auch in direkte Beziehungen zu deren fachmännischer Kraft, dem Apotheker Mielck in Hamburg, getreten und haben schlieſslich eine Seifensalbengrundlage hergestellt, die der Aufnahme von Quecksilber und Jodkalium zwar widerstand, mit Teer dagegen, mit allen Ölen und Balsamen sich ausgezeichnet mischen lieſs. Besonders günstig erwies sie sich zur Verarbeitung mit Teer und Oleum Cadini. Im übrigen bestätigen sie die deutschen Erfahrungen, daſs diese neue Salbengrundlage sich besonders zur Behandlung der erkrankten Kopfhaut eignet; sie läſst sich hier besser verreiben und auch wieder besser entfernen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band III, Heft 9.

Über die angeborenen Miſsbildungen der Harnblase und ihre Behandlung, von Paul Delbet. D. teilt die angeborenen Miſsbildungen der Blase in zwei Klassen ein: die Miſsbildungen infolge mangelhafter und die Miſsbildungen infolge übermäſsiger Entwicklung; zur ersten Klasse gehören das vollständige Fehlen der Harnblase und das teilweise Fehlen oder die Blasenektopie, zur zweiten Klasse die abnorme Gröſse (Hypermegalie) der Blase, die übermäſsig starke Entwicklung der Blasenwände (Hyperplasie), die Teilung durch Abschnürung (Sanduhrblase), die Verdopplung, die Teilung die Scheidewände oder Stränge im Innern der Blase und die Divertikelbildung. Die Literatur über diese verschiedenen Formen von Blasenmiſsbildungen hat D. zu einer kleinen Monographie verarbeitet; er beschreibt darin die verschiedenen Arten, wobei er auch kasuistische Mitteilungen zahlreicher Autoren zum Teil sehr ausführlich wiedergibt, legt den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse über die Entwicklungsgeschichte der Harnorgane und die Entstehung der Blasenmiſsbildungen dar und schildert in Kürze auch die klinischen Symptome, die Diagnose und die verschiedenen

Methoden der Behandlung bei Ektopie und Divertikelbildung. Die „einzige logische“ Behandlung der Blasenektopie ist nach D.s Ansicht die Trendelenburgsche Operation.

Heft 10.

Das Prostatasarkom, von R. Proust und E. Vian. Monographische Darstellung des Prostatasarkoms unter Zugrundelegung einer eigenen Beobachtung und der ganzen einschlägigen Literatur, in der 33 „sichere“ und 14 „wahrscheinliche“ Fälle veröffentlicht sind. Die Arbeit gibt ein sehr anschauliches Bild des Prostatasarkoms, ohne im wesentlichen Neues zu bringen.

Heft 11.

Die Pathogenese der Hydronephrosen, von Albarran. Klinischer Vortrag, der die Entstehung der kongenitalen Hydronephrosen zum Gegenstand hat.

Götz-München.

Annales des Maladies vénériennes.

Band II. Juli 1907. Heft 7.

I. **Über Lues hereditaria der Leber,** von Ch. Fouquel. Die Kenntnis von syphilitischen Erscheinungen in der Leber sind noch nicht sehr alt, besonders Gabler hat sich mit der Frage beschäftigt. Als man die Erscheinungen an den Lebern syphilitischer Neugeborener erkannt hatte, kam man bald dahin, auch bei älteren Individuen mit hereditärer Lues die Erscheinungen der Leber zu studieren. Die Entdeckungen des Lueserregers brachten natürlicherweise die Lehre einen grofsen Schritt weiter. In den Lebern neugeborener Syphilitiker findet man fast immer die Spirochaeta pallida in grofsen Mengen.

Die hereditäre Lebersyphilis ist bedingt durch das Eindringen der Spirochaeta pallida in die Leber und die Aufnahme und Verbreitung desselben im Leberparenchym. Während die Erscheinungen von seiten der Leber bei erworbener Syphilis oft wenig bemerkbar sind, so sind sie bei der hereditären im jungen Alter früh zu bemerken und die ganze Leber betreffend und machen den Eindruck einer Infektionskrankheit. Die häufigste Form der Lebersyphilis bei Neugeborenen ist die interstitielle Hepatitis, während die gummöse Form (eventuell mit der interstitiellen Hepatitis verbunden) seltener ist und meist erst später auftritt. Eine Rolle spielt natürlich die Art der Übertragung der Lues von den Eltern auf die Kinder, je nachdem nur der Vater, nur die Mutter, oder beide syphilitisch waren. Die von der Mutter oder beiden Eltern übertragene Form ist meist die schwerere und ergreift auch öfter die Eingeweide als die paterne, welche z. B. nur sehr selten die Leber ergreift.

Man unterscheidet eine Syphilis praecox und tarda der hereditär Syphilitischen oder eine primäre, sekundäre, tertiäre, quaterne und quintäre nach dem Vorschlage Gauchers. Für die Erscheinungen an der Leber kommen aber nur sekundäre oder tertiäre Symptome in Betracht, erstere befallen die ganze Leber, letztere sind streng lokalisiert. Die klinischen Erscheinungen der Leber können sehr verschieden sein, oft ist die Leber dick, oft hat sie Hämorrhagien, Ikterus besteht usw. Alle diese einzelnen Symptome schildert Verfasser, wie die Hypertrophie der Leber, Hämorrhagien, Ikterus usw. (Fortsetzung folgt.)

II. **Die Prophylaxe der Syphilis bei den älteren Forschern,** von L. Le Pileur-Paris. Ein Bericht über die Vorbeugungsmittel gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten aller Zeiten. Man unterschied von jeher rein mechanische Schutzmafsregeln, wie das Condom, und chemische, wie Salben, Kugeln aus antiseptischen Substanzen und ferner Lösungen zu Injektionen und Spülungen. Dem Fachmann bietet diese rein historische Arbeit wenig Neues.

III. **Ein Fall von schwerer Syphilis, bei welchem Atoxyl versagte, während Merkur zur Heilung führte**, von LÉVY-BING. Ein 42jähriger Mann hatte sich 1902 mit Syphilis angesteckt; er war mit Pillen, Injektionen und Jod in ungenügender und unregelmäfsiger Weise behandelt worden. Anfang 1907 stellten sich Sehstörungen ein, es zeigte sich eine Atrophie des Opticus im rechten Auge auf luetischer Basis. Es wurden fünf Injektionen von je 0,50 centigr. Atoxyl jeden zweiten Tag gemacht. Dann zeigten sich Intoxikationserscheinungen schwerer Art, so dafs das Atoxyl ausgesetzt werden mufste. Da nun auch eine linksseitige Atrophie des Opticus begann, machte Verfasser sofort Injektionen von grauem Öl, welches schnell und gut wirkte. Ein zweiter Fall zeigte ebenfalls die Überlegenheit des Quecksilbers über das neue Atoxyl, so dafs man nach wie vor Merkur als das beste Spezifikum gegen die Syphilis betrachten mufs. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIII. 1907. ·Juni.

I. **Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex**, von J. SACK-Minsk. Zu den 30, nach MAX JOSEPH, bisher in der Literatur beschriebenen Fällen von Xanthoma glycosuricum, worunter sich nur drei Frauen befanden, fügt Verfasser eine weitere Beobachtung hinzu, die eine 45jährige Frau betrifft. Der Vater und ein Bruder der Kranken hatten Diabetes, sie selbst erkrankte vor zehn Jahren an Diabetes und gelben Flecken, welche nach einer Kur in Karlsbad schwanden. Jetzt finden sich charakteristische Xanthomflecke auf den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten bei einem Gehalt von 4 % Zucker im Urin und 0,07 ‰ Eiweifs. Nach Schwund der Flecke bleiben an einigen Stellen harte, rote Narben nach.

II. **Zur Kasuistik der Syphilis der inneren Organe**, von DOLGOPOLOW-Jekaterinoslaw. Verfasser, welcher schon früher über 30 Fälle von Lues der inneren Organe berichtet hat, beschreibt drei weitere derartige Fälle. Bei denselben handelt es sich in dem einen um eine Pleuritis bei einem 40jährigen Manne, in dem zweiten um eine gummöse Affektion an der Cardia bei einer 67jährigen Frau und in dem dritten Fall um Lues cordis bei einer 28jährigen Frau. In allen diesen Fällen wurde die mutmafslich gestellte Diagnose durch die nach Gebrauch von Quecksilber und Jodkalium eintretende Besserung der Leiden gesichert.

III. **Talalgia et Plantalgia blennorrhoica**, von KLJÄRFELD. Beschreibung eines Falles von Talalgie und Plantalgie, als Komplikation des Trippers, aus der SELENEWschen Klinik. Von Interesse bei diesem Fall sind: 1. das frühe Auftreten der Talalgie, nämlich schon am sechsten Tage nach Beginn des Trippers, 2. das erneute Auftreten dieser Komplikation sechs Jahre später bei einem neuen Tripper und 3. die Ausbreitung der Schmerzempfindungen über die ganze Fufssohle (Plantalgia blennorrhoica). *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und praktische Ärzte. I. Teil. **Die Hautkrankheiten**, von ERNEST FINGER-Wien. (Leipzig und Wien. Franz Deutike. 1907.) Wie der Verfasser in der Vorrede ausführt, war die Herausgabe des Lehrbuches ein seit langen Jahren gehegter Plan, der

durch andere Arbeiten bisher an der Verwirklichung gehindert war. In gedrängter, doch möglichst auschaulicher Weise schildert FINGER Pathologie und Symptomatologie, greift das Typische heraus und stellt das Atypische als solches fest. Die pathologische Anatomie wird nur kurz besprochen; zu ihrer Erläuterung dienen fünf farbige Tafeln nach Präparaten. Auf Abbildungen makroskopischer Krankheitsprozesse hat der Verfasser verzichtet. Die Therapie vertritt den Standpunkt der Wiener Schule und läfst wohl infolgedessen einiges vermissen, was dem Praktiker liebe Gewohnheit geworden ist. So fehlt z. B. bei Besprechung der Behandlung der Perniones die BINZsche Calcaria Chlorata-Salbe, bei der Psoriasis-Therapie die DREUWsche Salbe, bei der Behandlung der Folliculitis sclerotisans nuchae die Anwendung der Elektrolyse. Was die Einteilung der Hautkrankheiten betrifft, so beginnt der Verfasser mit der Abhandlung der Zirkulationsstörungen und läfst die der Hämorrhagien, der Entzündungen, der chronischen Infektionskrankheiten (Lepra, Rhinosklerom, Rotz, Aktinomykose, Mycetoma pedis, Blastomycosis cutis) folgen. Danach kommen die Kapitel: Hypertrophien, Atrophien, Neubildungen, Geschwürs- und Gangränformen, Neurosen, Sekretionsanomalien, Haarerkrankungen, Nägelkrankheiten und parasitäre Hautkrankheiten.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über sympathische Färbung und Pigmentbildung bei Barsch und Forelle, von ADALBERT LEHMANN. (Inaug.-Dissert. Bern 1906. Zwei Tafeln.) Das Pigment in der Haut von Barsch und Forelle bildet sich in der Epidermis aus und zwar folgendermafsen: die Basalzellen bilden durch Teilung Tochterzellen, die teilweise ihren Zellcharakter bewahren, teilweise jedoch die Bestimmung haben, nach Ablauf verschiedener Entwicklungsstadien sich selbst in Pigment zu verwandeln, dasselbe ganz oder teilweise gegen Schleim auszutauschen und schliefslich den Charakter einer Schleimzelle aufzunehmen.

Die Schleimzelle steht also in Wechselbeziehung zur Pigmentbildung und ist das nächstfolgende Stadium derselben. *Fritz Loeb-München.*

Über den Einflufs des Druckes auf die Resorption von Flüssigkeiten im Unterhautbindegewebe, von M. H. J. C. THOMASSEN. (Inaug.-Dissert. Bern 1906.)

Fritz Loeb-München.

Mikroskopische Technik.

Zur Kenntnis der WEIGERTschen Elastinfarbstoffe, von L. SPIEGEL-Berlin. (*Virchows Arch.* Bd. 189. Heft 1.) Über die chemische Natur der WEIGERTschen Elastinfarbstoffe hat in *dieser Zeitschrift*, 1904, 39. Bd., Nr. 1—12 A. PAPPENHEIM berichtet, dafs es sich um amphotere Farbstoffe mit sauren und basischen Gruppen handle, die mindestens eine freie, salzbildende Aminogruppe enthalten, und dafs die färbende Wirkung dieser Farbstoffe durch Acetylieren und Jodieren gesteigert werden kann. Die Versuche des Verfassers bestätigen die Angaben PAPPENHEIMS und klären zugleich die Art der Bindung zwischen den Phenolresten und dem Fuchsin mit

ziemlicher Sicherheit auf. Die Farbstoffe SPIEGELS waren nach einem dem WEIGERTschen entsprechenden Verfahren, aber unter Verwendung von Biphenol bezw. 0,0¹-Bikresol gewonnen worden. Aus den Analysen geht hervor, dafs bei Herstellung der WEIGERTschen Farbstoffe, wenigstens des Bikresolfuchsins, Fuchsin sich mit zwei Molekülen Phenol in der Weise kondensiert, dafs Kernkohlenwasserstoff der Phenole in Verbindung mit Stickstoff von zweien von drei Aminogruppen tritt. *Schourp-Danzig.*

Bakteriologie.

Ein rascher Nachweis des Tuberkelbacillus im Urin durch den Tierversuch, von ARTHUR BLOCH-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 17.) B. konnte mit seiner genau beschriebenen Methode binnen neun bis elf Tagen einen positiven Nachweis der Tuberkelbazillen erbringen in jenen Versuchen, bei welchen injiziert waren:

1. Reinkulturen von Tuberkelbazillen.

2. Urinsediment der vorher als gesund angenommenen Niere bei klinisch und mikroskopisch sichergestellter Diagnose einer Nierentuberkulose der anderen Seite.

3. Urinsedimente von Patienten, bei denen die klinischen Symptome einer Urogenitaltuberkulose bestanden, Tuberkelbazillen aber nicht gefunden worden waren.

4. Urinsedimente von Patienten, bei denen die Symptome einer Urogenitaltuberkulose nicht ausgeprägt, im Sediment aber vereinzelte, säurefeste Stäbchen gefunden worden waren, so dafs sie daher nicht als Tuberkelbazillen angesehen werden konnten.

Der negative Nachweis konnte erbracht werden in jenen Fällen, wo injiziert worden war:

1. Das Sediment des aus der einen Niere stammenden Urin bei sichergestellter Diagnose einer Tuberkulose der anderen Tiere.

2. Smegmabazillen in Reinkultur, aufgeschwemmt in Kochsalzlösung und im Urinsediment einer blennorrhoischen Cystitis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Untersuchungen über Spirochaeta pallida und einige andere Spirochätenarten, insbesondere in Schnitten, von P. MÜHLENS. (*Zentralbl. f. Bakteriol.* 1907. Bd. 43. Heft 6 und 7.) Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich folgendes: Zum sicheren Nachweis der Spirochaeta pallida, namentlich in Organausstrichen, bedarf es der Übung und einer sorgfältigsten Untersuchungstechnik. In den von M. untersuchten 22 klinisch sicheren Primäraffekten wurde die Spirochaeta pallida regelmäfsig gefunden, mitunter fast in Reinkultur in grofsen Mengen; in nichtsyphilitischen Schankern fand er dagegen keine. In sechs von sieben untersuchten syphilitischen Bubonen wurde die Spirochaeta pallida gefunden. In allen (16) Fällen, auch bei nicht mazerierten Föten, wurde von M. in Organen von sicher syphilitischen Individuen (fast stets in mehreren Organen gleichzeitig) die Spirochaeta pallida in nach der sog. LEVADITI-Methode versilberten Schnitten und vorher ebenfalls in Ausstrichen derselben Organe nahezu konstant nachgewiesen. In Organen von 18 sicher nicht syphilitischen Föten, auch bei mazerierten, waren niemals irgendwelche Spirochäten durch Schnitt- oder Ausstrichuntersuchung festzustellen. Die nach der VOLPINO-BERTARELLI-LEVADITI-Methode dargestellten Silberspiralen in luetischen Organen sind Spirochäten und zwar Spirochaeta pallida, wie M. in längerer Beweisführung überzeugend nachweist. Die Verbreitung der korkzieherartig gewundenen Silberspirochäten entspricht im allgemeinen den pathologisch-anatomischen Veränderungen der luetischen Organe. Die LEVADITI-Methode bringt die Spirochäten im Gewebe sicherer zur Darstellung als die Nervenfasern; auch färbt sie die verschiedensten Bakterien schwarz. Die Kulti-

vierung der Spirochaeta pallida gelang M. im Gegensatz zu der der Zahn- und Balanitisspirochäte nicht. Obwohl also das letzte Glied in der Beweiskette der ätiologischen Bedeutung der Spirochaeta pallida (die Reinzüchtung und Erzeugung der Krankheit mit der Kultur) noch fehlt, so hält M. doch auf Grund seiner Untersuchungen im Zusammenhang mit der Literatur die Spirochaeta pallida mit allergröſster Wahrscheinlichkeit für den Erreger der Syphilis. *Stern-München.*

Der praktische Wert der Schaudinnschen Spirochaeta pallida, von S. Róna-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 9.) Von 22 Fällen, wo die klinische Diagnose unsicher war, wurde in allen ein positiver Spirochätenbefund erhoben. Der diagnostische Wert dieser Untersuchung ist also sehr hoch zu schätzen. Einmaliger negativer Ausfall ist nicht beweisend, die Untersuchung muſs eventuell öfters wiederholt werden. — Nach 37, 48 und selbst nach 55 Einreibungen, wo noch anatomische Veränderungen nachweisbar waren, sind Spirochäten gefunden worden. — In drei Fällen, die klinisch als Chancre mixte imponierten, waren nur Spirochäten zu finden, Ducreysche Bazillen fehlten. — Die Untersuchungen von Sperma auf Spirochäten — in drei Fällen — fielen negativ aus. *B. Kollarits-Budapest.*

Über Beobachtungen an der lebenden Spirochaeta pallida, von Ernst Eitner-Innsbruck. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 16.) E. hat die lebende Spirochaeta pallida mittels des Reichertschen Ultrakondensors im Nativpräparat studiert; das neue Instrument erleichtert das Auffinden von Spirochäten ohne Färbeverfahren ganz ungemein und gibt auſserordentlich klare und deutliche Bilder. E. fand im Nativpräparate, besonders wenn es oberflächlichen Regionen entnommen wurde, neben der Pallida eine ziemlich groſse Zahl von Spirochätenarten, die allerdings in ihrem Aussehen oder in ihren Bewegungen oder ihrem Verhalten beim Absterben Unterschiede gegenüber der Pallida zeigten. In einem Falle von ulceriertem, jauchigem Peniscarcinom fand E., wie früher in einem analogen Falle Kiolomenoglou und Cube, Spirochäten, die lebend von der Pallida nicht unterschieden werden konnten. Beim Absterben aber streckten sie sich im Gegensatz zu dieser sehr stark und nahmen unregelmäſsige Formen an; auch im Giemsa-Präparat waren sie der mit Pallidia nicht zu verwechseln.

Daſs bei Anwendung des Ultrakondensors und wiederholter gewissenhafter Untersuchung Spirochäten übersehen werden, hält E. für ausgeschlossen. Wenn nun in der Innsbrucker Klinik trotz des Gebrauchs des Ultrakondensors mehrfach in klinisch gut charakterisierten Manifestationen der Sekundärperiode keine Spirochäten nachgewiesen werden konnten, wenn andererseits in den Effloreszenzen einer klinisch als Lichen simplex Vidal imponierenden Hautaffektion ziemlich reichlich typische Pallidae gefunden wurden, so beweist dies für E., daſs „dem Spirochätenbefund nicht immer entscheidende Bedeutung zukommt. Es darf einerseits das Fehlen von Spirochäten nicht zu schwer ins Gewicht fallen, andererseits ist ihre Anwesenheit kein absoluter Beweis für die luetische Natur einer Effloreszenz“. Die Inkongruenz zwischen klinischen Erscheinungen und Spirochätenbefund scheint nur zu beweisen, daſs die Spirochäte eine vorübergehende Phase im Entwicklungsgang eines Protozoon ist, dessen übrige Gestalten wir noch nicht kennen. *Götz-München.*

Zur Levaditi-Färbung der Spirochaeta pallida, von C. Benda-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 15/16.) In den syphilitischen Geweben wird durch die Versilberungsmethode ein typisches, in den normalen Geweben nicht darstellbares Element von Spiralform gefunden, welches nach Form, Anordnung und Menge keinem bekannten normalen oder pathologischen Gewebsbestandteil entspricht. Benda machte nun Schnittfärbungen und zeigte mit Anilin-Färbungen und Ultraviolettphotogrammen Spirochäten. Es ist ihm gelungen, an den Stellen groſser Anhäufungen von Levaditi-

Spirochäten, wie sie in den kongenitalen Lebergummen vorkommen, diese Haufen mit besonderen Gebilden in nicht versilberten Schnitten innerhalb identischer Gewebsveränderungen zu identifizieren. Auch konnte er erweisen, daſs diese Haufen auch in nicht versilberten Schnitten aus einem Filz feinster Fasern bestehen, die sich durch Kaliber, Form, Anordnung, Farbaffinität von jedem bekannten normalen oder pathologischen Gewebsbestandteil unterscheiden, und daſs das tinktorielle Verhalten der Gesamthaufen gegen Anilinfarben und speziell gegen die Giemsa - Färbung durchaus demjenigen von bakteriellen Parasiten und sogar dem der Spirochaeta pallida entspricht.
Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Frage der Struktur und der Färbung der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum), von Maslakowetz. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 23.) In dieser mit drei Zeichnungen versehenen Mitteilung geht Verfasser nochmals auf die schon früher von ihm und Sabolotoy beschriebenen Körnchen im Zentrum oder an den Enden der Spirochäte ein. Er bearbeitet das Material in folgender Weise: das mittels eines Bierschen Saugapparates gewonnene Material, welches lebende Spirochäten enthält, wird in einer Pasteurschen Pipette aufgefangen, in welcher auch die Giemsasche Farblösung ($1^1/_2$ Tropfen auf 1 ccm) gesammelt wird, worauf die Pipette zugeschmolzen wird. Das Gemisch bleibt drei bis fünf Stunden in der Pipette und wird dann auf dem Objektträger ausgegossen und untersucht. Die Spirochäten erweisen sich deutlich rosa gefärbt. Auſser den gewöhnlichen Spirochäten finden sich bei dieser Färbung Exemplare derselben mit Pünktchen oder Schlingen an den Enden, wie auch Spirochäten mit Zeichen von Plasmolyse. *Artur Jordan-Moskau.*

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gewebe, nebst einigen Bemerkungen über Spirochätenfärbung und die Kernfärbung mit Silber imprägnierter Präparate, von Sh. Dohi-Tokio. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 44. Heft. 3.) D. hat im ganzen 18 Fälle von sicherer kongenitaler Syphilis untersucht, unter denen in 15 Fällen die Spirochaeta pallida aufgefunden wurde. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der meisten Autoren waren die Spirochäten nicht nur in den inneren Organen gleichmäſsig verteilt, sondern im Allgemeinen in etwas herdförmiger Anordnung vorhanden. Bezüglich der Lagerung der Spirochaeta pallida gegenüber den Zellen konnte auch D. die Parasiten, vorwiegend extracellulär, nur sehr selten intracellulär nachweisen; aus der Tatsache, daſs die Parasiten in den Harnkanälchen und den Schweiſsdrüsenausführungsgängen gefunden wurden, kann man schlieſsen, daſs der Harn oder Schweiſs syphilitischer Patienten gelegentlich ebenso infektiös sein kann, wie Blut, Lymphe und Eiter. Im Gewebe zeigte die Spirochaeta pallida in gut gefärbten Präparaten eine ebenso charakteristische Form, wie bei den Ausstrichpräparaten. Schlieſslich wendet sich D. noch gegen Saling, der bekanntlich die Silberspirochäten als Nervenfibrillen oder andere Gewebsbestandteile anspricht, und erklärt, eine solche Verwechslung sei nur bei sehr spärlich vorhandenen Parasiten oder schlecht gelungener Färbung möglich. *Stern-München.*

Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zu den Lymph- und Blutbahnen sowie über Phagocytose im primären und sekundären Stadium, von S. Ehrmann-Wien. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 44, Heft 3.) Im Anschlusse an seine früheren Arbeiten kommt Verfasser in den vorliegenden experimentell-histologischen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen. Die Spirochäten gelangen bei der Infektion entweder direkt oder durch die Interspinalräume der Malpighischen Schicht in die Cutis, woselbst nach längerer Zeit Neubildung von Blutgefäſsen und Leukocytenauswanderung zu finden ist. Der Infiltration geht Anschwellung der Fibroblasten und Neubildung von Kapillaren voraus. Die direkten Beziehungen der Spirochäten zu diesen frischen Veränderungen lassen sich histologisch nachweisen, während in den

ältesten Produkten die Spirochäten nicht mehr nachweisbar sind. Das Verschwinden der Spirochäten läfst sich wenigstens zum grofsen Teil durch die Phagocytose seitens der Fibroblasten und Leukocyten und auch der Endothelien der kleinsten Blut- und Lymphgefäfse, zum Teil durch die Abfuhr derselben auf dem Wege der Lymphspalten, der Lymphgefäfse und zu geringem Teil auch der Venen erklären. Aus diesen und noch anderen, hier eingehend nicht anzuführenden Umständen hält es Ehrmann für verständlich, dafs bei der Sklerose die Veränderungen der Lymphbahnen und Lymphspalten und nur zum Teil auch die der Kapillaren und Venen die anatomischen und klinischen Erscheinungen begründen, während sie bei den sekundären Syphiliden den Gefäfsbahnen folgen. Die Gefäfsveränderungen bei der Initialsklerose werden wesentlich durch die von aufsen in die Lymphgefäfse und Venen eindringenden Spirochäten hervorgerufen, während die Veränderungen im Sekundärexanthem auf den umgekehrten Weg der Spirochäten zu beziehen sind. Die Sklerose hängt in ihrer Form wesentlich von den Lymph-, die sekundären Effloreszenzen von den Blutbahnen ab; aber auch hier manifestiert sich die Intensität des lokalen Prozesses vorwiegend durch Vergröfserung der Fibroblasten und Ödem des von den austretenden Spirochäten befallenen Gewebes. Die Leukocytenauswanderung ist je nach der Intensität der Gewebsveränderungen eine verschiedene, d. i. bei der makulösen Form gering, bei papulösen und pustulösen Effloreszenzen viel hochgradiger. Diese Infiltration gehört zu dem Vorgang der Phagocytose und in dieser letzteren hätten wir — entsprechend der Lehre Metschnikoffs — einen der Faktoren zu sehen, die der Organismus als Schutzwehr gegen die Spirochäten aufstellt. Und vielleicht, so lautet der Schlufssatz der interessanten Ehrmannschen Arbeit, beruht die Malignität der Syphilis bei kachektischen Individuen und bei Potatoren auf einer minder ausgebildeten Fähigkeit ihrer Zellen zur Phagocytose. Mit einem Anhang von zehn Krankengeschichten mit Spirochätenbefund. *Stern-München.*

Hygiene.

Wie kann Prophylaxe durch Behandlung bei venerischen Krankheiten am besten erzielt werden? von James Pedersen-New York. (*New York med. Journ.* 6. April 1907.) P. geht in dieser Arbeit auf zwei, für die Behandlung wichtige Faktoren ein, nämlich erleichterte Aufnahme in ambulante sowohl wie Krankenhausbehandlung; hebt in ersterer Beziehung die Wichtigkeit hervor, für jede Art der Bevölkerungsschicht geeignete Sprechstunden einzurichten und mit genügender Anzahl von Assistenten, Wärtern und allen sonst nötigen Ambulatorien und Spitäler zu versehen. Es genügt nicht, das Publikum auf die Gefahren und weiteren Folgen der Geschlechtskrankheiten aufmerksam zu machen, sondern es mufs ihm auch in ausgedehntem Mafse Gelegenheit geschaffen werden, dieselben geeignet behandeln zu lassen. *Stern-München.*

Was kann die Behandlung für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten tun? von Herm. G. Klotz-New York. (*New York med. Journ.* 6. April 1907.) Bezüglich der gesetzlichen und Verwaltungsmafsregeln gegen die Geschlechtskrankheiten glaubt Klotz, sei die Unwirksamkeit der Reglementierung und ähnlicher Mafsnahmen nun erwiesen, und es komme vor allem die geeignete Behandlung in Betracht. Bei Syphilis sind noch immer Quecksilber und Jod die altbewährten Mittel; vielleicht führen die Entdeckungen der letzten Jahre zu einem Heilserum, aber bis jetzt ist dies Ziel noch nicht erreicht. Was die Behandlung der Gonorrhoe betrifft, so ist hier die Situation eine weit schwierigere und kompliziertere, da wir einerseits Mittel haben, welche sicher den Gonococcus zerstören, aber mit grofser Vorsicht an-

zuwenden sind, andererseits der Gonococcus an Stellen und Organe überwandert, welche wir nicht direkt durch diese Mittel erreichen. Immerhin vertritt KLOTZ den optimistischen Standpunkt, indem er erklärt, daſs wir vermittels der neueren Methoden imstande seien, in vielen Fällen die Dauer der Blennorrhoe abzukürzen und den Gonococcus an Stellen zu bekämpfen, wo wir früher hilflos zu sein schienen. Viele Fälle könnten also in relativ kurzer Zeit geheilt werden, wenn sie nur in einem frühzeitigen Stadium zur Behandlung kämen. Wir sind, so lauten die Schluſssätze K.s, keineswegs machtlos gegen diese Krankheiten, und vieles kann durch die Behandlung geschehen, um die Gefahren der Infektion zu verringern; mangels anderer Mittel müssen wir, für jetzt wenigstens, die Behandlung in Verbindung mit hygienischer Erziehung der Patienten als die wichtigsten Maſsnahmen sanitärer Verhütung der Geschlechtskrankheiten ansehen. Die nächste Frage wird die praktische sein, wie diese Behandlung im weitesten Umfange den Patienten zuteil werden kann.

Stern-München.

Sanitäre Einrichtungen und ärztliche Erfahrungen beim Bau des Symplontunnels 1898—1906. Nordseite Brig, von DANIELE POMETTA. (Inaug.-Dissert. Lausanne 1906.) Die Geschlechtskrankheiten waren häufig. Die Arbeit verdient hier Erwähnung, weil Verfasser einen bei einem 16jährigen Mädchen beobachteten Leprafall anführt und abbildet. *Fritz Loeb-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Fieber nach Röntgenbehandlung, von A. HUBER-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 2.) In seltenen Fällen treten nach Röntgenbestrahlung auſser der lokalen Reaktion allgemeine Symptome auf, die von der Gröſse der verabreichten Röntgenstrahlenmenge scheinbar unabhängig sind, so daſs eine Prädisposition als wahrscheinlich angenommen werden muſs. Das Fieber und Exanthem sind am stärksten, wenn die lokale Reaktion schon im Rückgang begriffen ist. Es ist, wie HOLZKNECHT glaubt, eine indirekte, durch Zellendegeneration bedingte toxische Wirkung anzunehmen. — In dem von H. beobachteten Fall von Lupus erythematodes, traten die allgemeinen Symptome auf der Höhe der lokalen Reaktion auf, dabei zeigte auch die Grundkrankheit eine schnelle Progression. *B. Kollarits-Budapest.*

Beiträge zur Frage der Ernährungsstörungen der Haut von Amputationslappen, von W. KOTZENBERG. (*Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* 6. Mai 1907. VII. Heft.) Der im Sinne der Hauternährung günstigste Schnitt bei Amputationen am Oberarm ist ein in der Höhe der Tuberositas deltoidea angelegter Zirkelschnitt. Bei Exartikulation im Schultergelenk wird derselbe Schnitt angewendet, kombiniert mit dem äuſseren Resektionsschnitt. Am Oberschenkel gibt es zwei leicht abtastbare, für Amputationen topographisch wichtige Punkte. Bei hoher Amputation empfiehlt sich ein Zirkelschnitt in der Höhe der unteren Grenze des Ansatzes des Glutaeus maximus. Bei Exartikulation derselbe Schnitt, kombiniert mit dem äuſseren Resektionsschnitt. Bei Amputationen des Oberschenkels in der Mitte empfiehlt sich ein Zirkelschnitt in der Höhe der Spitze des Beugedreiecks, d. h. des Zwischenraumes zwischen Biceps und Semimembranosus-semitendinosus. Bei Exartikulationen im Kniegelenk ist die Schnittführung in der Höhe der Tuberositas tibiae empfehlenswert. Bei Amputationen des Unterschenkels empfiehlt es sich, den Schnitt in der Höhe des unteren Randes des Gastrocnemiusbauches anzulegen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Art und Zustandekommen der von B. FISCHER mittels „Scharlachöl" erzeugten Epithelwucherungen, von L. JONES-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.)

Atypische Epithelwucherungen und Carcinom, von Hermann Stahr-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) Jones hat die Mitteilungen Fischers über experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen durch Injektion von Scharlachöl einer Nachprüfung unterzogen; er kann die Angaben Fischers zwar im allgemeinen bestätigen, vermag jedoch in der Deutung der Versuchsergebnisse ihm nicht ganz beizustimmen. Der Effekt der Öleinspritzungen äufsert sich nach den Beobachtungen J.s zunächst und vorwiegend — mehr als in der Darstellung Fischers zum Ausdruck kommt — durch eine Wucherung der Keimschicht der Haarbälge mit frühzeitig beginnender Verhornung der innersten Zellagen. Nur bei Injektion unter hohem Druck kommt es auch zur Verdickung der Deckepithelien und zur Abstofsung starker Hornschichten. Daneben sieht man allerdings auch selbständige Epithelwucherung. Ein Hinausgehen der Epithelwucherung über die Grenze verdickter Haarbälge erzeugt krebsähnliche Bilder; wenn J. solche Bilder an Narben nicht erhalten konnte, so steht das wahrscheinlich mit dem Fehlen der Haarbälge in der Narbe im Zusammenhang. Die Stärke der Haarbalgverdickungen sowie der Epithelwucherungen überhaupt hängt keineswegs von der Zahl der in der Nähe liegenden Öltropfen ab, sondern davon, dafs viel Öl unter starkem Druck in die obersten Cutisschichten injiziert wird. Die Annahme Fischers, dafs sich die Wirkung des Scharlachöls nur auf das Plattenepithel des Kaninchens erstreckt, ist nach den Beobachtungen J.s irrig; er sah eine Reaktion auch an den Endothelien der Lymph- und der Blutgefäfse von Kaninchen, sowie bei Hunden nach Einspritzung von Öl in die Rückenhaut auftreten. Auch der Anschauung Fischers, dafs die Wirkung des Öls auf das Epithel als eine chemotaktische aufzufassen ist, kann J. nicht beipflichten. Das, was Fischer als atypische Epithelwucherungen in seinen Versuchen bezeichnet hat, setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, aus einer Wirkung auf die oberen Teile der Haarbälge und aus der Wucherung des Epithels in direkter Berührung mit Öltropfen. Dafs die Fettfarbstoffe einen besonderen Reiz auf das Plattenepithel ausüben, davon ist auch J. überzeugt; er glaubt aber nicht, dafs dieser besondere Reiz ein Wachstumsreiz in dem Sinne ist, dafs er direkt eine Proliferation des Epithels auslöst. Der Fettfarbstoff bewirkt vielmehr eine effektive Schädigung der Epithelzellen, die sich in der starken Verhornung äufsert. Diese als Folge der Proliferation aufzufassen, wie die Verhornung im Innern der Carcinomalveolen beim Plattenepithelkrebs, ist nach J. nicht angängig. Jedenfalls kann von den Fischerschen Versuchsergebnissen kein Einspruch hergeleitet werden gegen die von Weigert begründete, von Ribbert besonders für die Geschwülste aufgestellte Lehre, dafs es keine Reize gibt, die direkt eine proliferierende Tätigkeit der Zelle auslösen.

Stahr hat die Experimente Fischers ebenfalls nachgeprüft und die gleichen Ergebnisse erzielt wie dieser. Den Anschauungen Fischers, dafs das Zustandekommen der atypischen Epithelwucherungen als Chemotaxis zu erklären sei, und dafs eine spezifische Wirkung des Scharlachöls auf das Plattenepithel des Kaninchens vorliege, schliefst sich auch St. nicht an; er stimmt in dieser Beziehung mit Jones überein. Doch bewertet er die experimentell erzeugten atypischen Wucherungen Fischers weit höher als Jones. Er hält sie für einen bedeutenden Schritt vorwärts auf dem Gebiete der Carcinomforschung; er nimmt an, dafs nicht nur ein „Reiz“, sondern ein Komplex von Ursachen, unter denen die anatomische Beschaffenheit der Gegend eine grofse Rolle spielt, das Plattenepithel zur Proliferation gebracht hat. *Götz-München.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die Wirkung der Quarzglas-Quecksilberlampe, von German. (*Centralbl. f. Bakter.* 1907. Heft 5.) Nach verschiedenen andersartigen Versuchen schaltete G. Licht und Wärme vollständig aus, um festzustellen, ob etwa Ozon das wirksame Agens bei dem baktericiden Einfluſs der Quarzglas-Quecksilberlampe ist. Es wurde konstatiert, daſs das fertiggebildete, von der Auſsenluft zugeführte Ozon keinen nennenswerten baktericiden Einfluſs ausübt, dagegen konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden, ob nicht das während der Bestrahlung entstehende Ozon (in statu nasendi) baktericid wirkt. Andererseits erscheint es G. aber wahrscheinlicher, daſs die ultravioletten Strahlen direkt chemisch wirksam sind, auch ohne Beteiligung des Ozons und kommt damit zu demselben Schlusse wie Bie, der ja nachgewiesen hat, daſs bei seinen Versuchen Wasserstoffsuperoxyd nicht in Frage kommt. Bei seinen ingeniösen Versuchen arbeitete Verfasser mit sensibilisierten und nicht sensibilisierten Kulturen von Cholera-, Diphtherie-, Milzbrandbazillen, Staphylo-, Streptokokken usw. in Expositionsdauer von 20—60 Minuten: der Effekt der Quecksilber-Quarzlampe war meist ein gleich günstiger in bezug auf baktericide Kraft, während die vergleichenden Versuche mit der Bogenlampe 150 Normalkerzen zu letzterer Ungunsten ausfielen. *Stern-München.*

Ein Fall von Atoxylvergiftung, von Ludwig Waelsch - Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) W. hat auf Grund der Mitteilungen von Uhlenhuth, Gross und Bickel in einem Falle von frischer Syphilis eine Art Frühbehandlung der Lues mit Atoxyl versucht; er begann damit, täglich von einer 20%igen Lösung zwei Teilstriche einer 1 g enthaltenden Pravazspritze gleich 0,04 Atoxyl zu injizieren, und stieg jeden vierten Tag um einen Teilstrich. Nachdem 24 Einspritzungen gemacht worden waren, traten Kopf- und Gliederschmerzen, starke Abgeschlagenheit, leichtes Fieber, Augenkatarrh, Kratzen im Halse und Husten auf; dazu gesellten sich, obwohl die Injektionen sofort ausgesetzt worden waren, nach weiteren drei Tagen heftige Harnbeschwerden, insbesondere quälender Harndrang, der volle fünf Wochen hindurch anhielt; die übrigen Erscheinungen verschwanden sehr rasch wieder. — Die geschilderten Symptome können nur als die Zeichen einer Atoxylintoxikation, d. h. einer Kombination von Arsen- und Anilinvergiftung gedeutet werden; die letztere war wohl die Ursache der Harnbeschwerden. Der Fall beweist gleich einigen anderen ähnlichen Beobachtungen, daſs das Atoxyl doch nicht so harmlos ist, wie ursprünglich behauptet wurde. — Eine günstige Wirkung der Injektionen auf den Verlauf der Syphilis lieſs sich nicht konstatieren. *Götz-München.*

Über Kolloide. (*Ann. des Laborat. Clin.* April 1907. Paris, Clin u. Co.) Eine Studie über die Lösungen von Kolloidmetallen, über ihre Herstellung, die Gröſsenverhältnisse der kleinsten Körner, die Wirkung der Metalle auf die Mikroorganismen und den therapeutischen Wert. Am wirksamsten sind natürlich die feinsten Lösungen der Metallteile, und zwar zeigte sich das Silber als das wirksamste der untersuchten Metalle. Die kolloidalen Metalle werden leicht absorbiert in jeder Art der Einführung und werden durch die Nieren gut ausgeschieden, sie bewirken eine leichte Temperatursteigerung. In bezug auf die Therapie muſs man unterscheiden zwischen lokaler und intravenöser oder intramuskulärer Behandlung. In letzterem Falle zeigte sich stets eine thermische Einwirkung, zuerst Temperatursteigerung, später konstante Abnahme. Im ersteren Falle bewirkte das Argentum colloidale z. B. bei Abscessen und Infektionen mit Streptokokken oder Staphylokokken stets einen heilenden Einfluſs. Was die Dosierung betrifft, so empfiehlt es sich, bei jedem Fall von Infektion mit Fieber beim Erwachsenen mit intramuskulären Injektionen von 10 ccm anzufangen

und die Temperatur zu kontrollieren. Tritt Reaktion ein, so kann man die Injektion nach 24 Stunden wiederholen. Tritt keine Reaktion ein, so erhöht man die Dosis auf 1,5 ccm. Tritt normale Temperatur ein, so bedarf es keiner Injektion mehr. Bei intravenösen Injektionen beginnt man mit 5 ccm. Bei schweren Erkrankungen wie Typhus, tut man gut die Injektionen auch nach Schwinden des Fiebers noch einige Tage fortzusetzen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Operationen unter Gaudaninhautschutz nach Döderlein, von Arthur Littauer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 21.) Döderlein empfiehlt, um die Hautpilze von den Operationswunden fernzuhalten, nach exakter Säuberung und Gerbung der Haut die Umgebung des Operationsfeldes durch Auftragen von Gaudanin, das in einer Auflösung von Paragummi in Formanbenzin, dem Formanäther bis zum Gehalt von 1 % Formalin beigesetzt wird, mit einem elastischen Gummiüberzug zu bedecken. Die Gerbung der Haut wird erreicht, indem man für die Nacht vor der Operation einen Umschlag mit 1 %iger Formalinlösung macht. Nach Abnahme des Umschlags am Morgen wird die Haut mit 1%igem Formalinbenzin abgerieben und in weitem Umkreis mit Jodtinktur eingepinselt. Wenn diese eingetrocknet ist, wird mittels sterilisierten Tupfers das Gaudanin appliziert, nach einigen Minuten wird Speckstein, der zweckmäſsig in Flieſspapier sterilisiert wird, über die klebrige Gummidecke gestreut. Das Verfahren, das auch Küster und Fritsch auf Grund ihrer Erfahrungen warm empfehlen, ist einfach, nicht schmerzhaft und schonender als die gewöhnliche Desinfektion. — Der Gaudaninüberzug läſst sich auch zum Schutze der gesunden Haut vor dem arrodierenden Sekret bei tuberkulösen Fisteln, Darm- und Blasenscheidenfisteln verwenden, er verhindert bei Furunkulose die sonst immer wieder auftretenden Neuinfektionen und macht als Schutzdecke benutzt die Jodeinpinselung der Haut wesentlich wirkungsvoller. Ferner kann man nach Döderlein durch Bepinselung der Brusthaut mit Gaudanin bei Wöchnerinnen die Zahl der Mastitiden bedeutend einschränken. *Götz-München.*

Über das Helmitol, von R. Rovasio. (*Arch. di Farmaed. e Terapeut.* 1906. Nr. 4.) K. konnte sich von dieser Wirkung des Helmitols überzeugen. Von diesem Autor zur Ermittlung der baktericiden Kraft angestellte Versuche ergaben, daſs 0,4 %ige Helmitollösungen Kulturen von Bacterium typhi, coli, prodig., subtil. usw. in kurzer Zeit zum Absterben brachten. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein Fall von tödlich verlaufender Quecksilberintoxikation, von J. F. Crippa-Linz-Bad Hall und F. Feichtinger-Linz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Bei einer Frau zeigte sich am Tage nach Beendigung einer Schmierkur von dreiwöchentlicher Dauer an den Armen eine diffuse, scharlachartige Rötung, die sich im Laufe von vier Tagen über den ganzen Körper ausbreitete; an einzelnen Stellen entstanden gelbe Bläschen, die sich zum Teil in matsche, schwarzblaue Blasen umwandelten. Das Zahnfleisch war gerötet, aber nicht auffallend gelockert. Im spärlichen Harn fanden sich Spuren von Eiweiſs und weiſse und vereinzelte rote Blutkörperchen. Die Zahl der Leukocyten im Blut betrug 32500. Darunter waren auffallend viele eosinophile Zellen. Die Temperatur schwankte zwischen 36 und 38°, der Puls war stark beschleunigt; die Patientin klagte über unerträgliches Hautjucken. Der weitere Verlauf brachte die Entleerung bluthaltiger Stühle, Auftreten von Hauthämorrhagien, Vermehrung der blutgefüllten matschen Blasen, Ansteigen der Leukocytenzahl auf 42000 mit 13,5 % eosinophilen Zellen und Rhagadenbildung an den Gelenksfurchen. Nach wenigen Tagen erfolgte der Exitus.

Der Fall lehrt, daſs Quecksilberkuren ausgesetzt werden müssen, sobald sich ein Ekzem oder gar ein Erythem zeigt. Mit der Quecksilberdarreichung darf erst wieder und zwar nur mit kleinen Dosen begonnen werden, wenn die Hautaffektion voll-

kommen verschwunden ist; es empfiehlt sich, bei Wiederaufnahme der Kur entweder ein anderes Präparat, eine andere Salbenkomposition, oder eine andere Darreichungsform als die zuerst angewandte zu wählen. *Götz-München.*

Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten, von K. Siebert-Breslau, Batavia. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 14. Febr. 1907. Nr. 7.) Unter dem Namen Saluferinzahnpaste ist von einer Berliner Firma ein Zahnputzmittel in den Handel gebracht, welches laut Angabe 5% Isoformpulver und 10% Sapo kalinus enthält. F. stellte eine Reihe von Versuchen an, um Vergleiche zu ziehen zwischen der desinfizierenden Wirkung dieses sowie der anderen gebräuchlichen Mittel, wie Liquor alumin. acet., Kalium permang., Wasserstoffsuperoxyd, Borsäure, Odol und Kalium chloricum (2%). Zunächst wurden bestimmte Mengen (3 ccm) Speichel mit 27 ccm der desinfizierenden Lösung vermengt und mit Kulturen von Millerschem B. fusiformis beschickt. Nach gewissen Intervallen wurden Nährplatten mit der Mischung beschickt und das Wachstum der Kolonien notiert. Es fand sich, dafs mit Ausnahme des Kalium permang. keines der Mittel imstande war, bei einer 1/4stündigen Einwirkung die Keimung zu verhindern. Dagegen entstanden keine Kolonien mehr, wenn die Mischung während fünf Minuten der Einwirkung der Isoformpaste oder der Beiersdorfschen Kaliumchloricumpaste ausgesetzt wurde. Ferner führte S. praktische Versuche aus, indem er nach Reinigen der Zähne a) mit gewöhnlichem Wasser, b) mit Kaliumchloricumpaste und c) mit Isoformpaste Mundspülflüssigkeit auf ihren Keimgehalt hin untersuchte. Er fand nach 1/2 Stunde im Falle a) den Keimgehalt auf 46,6% der ursprünglichen Menge zurückgegangen, im Falle b) auf 26,9% und im Falle c) auf 6,1%. Diese günstige desinfizierende Wirkung der Isoformpaste bestätigten die Beobachtungen Ss. an 45 klinischen Patienten, bei denen das täglich dreimalige Bürsten der Zähne mit circa 2 g Isoformpaste genügte, um bei der Hg-Kur die Stomatitis zu verhindern. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Behandlung der Stomatitis mercurialis, von Paul Meissner-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1907.) Verfasser empfiehlt aufs wärmste, während einer Quecksilberkur zur Vermeidung von Stomatitis, die Formaminttabletten anzuwenden und dieselben bis zehn Tage nach der letzten Quecksilberdarreichung zu geben. Der Formamintgehalt jeder Tablette entspricht einem Formaldehydgehalt von 0,01 g. Die Tabletten werden im Munde langsam aufgelöst und wirken so längere Zeit, man gibt im Laufe des Tages zehn bis zwölf Tabletten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine physiologische und therapeutische Studie über die organischen Jod-Derivate, von Tchayan. (*Thèse de Paris.* 1906.) Die Arbeit mufs im Original studiert werden. *Fritz Loeb-München.*

Percutane Jodtherapie, von E. Waldmann. (*Allg. med. Centralztg.* 1906. IV.) Durch das Jothion sind wir in der Lage, die resorbierende Kraft des Jods bei lokalen Prozessen, bei denen die bisher gebräuchlichen äufserlich angewendeten Mittel infolge der geringen Resorption des Jods keine besonderen Erfolge hatten, bei weitem mehr auszunutzen; ferner wird das Präparat zur Unterstützung der internen Jodmedikation überall da herangezogen werden können, wo es sich darum handelt, dem Körper unter tunlichster Schonung in einer gegebenen Zeit die gröfstmöglichste Menge Jod einzuverleiben; endlich wird Jothion allein und mit Erfolg als Ersatz des innerlichen Jodkaliumgebrauchs in allen Fällen angewendet werden können, wo Idiosynkrasie gegen letzteres besteht. *A. Straufs-Barmen.*

Jothion, von Jos. Ritter v. Metnitz-Wien. (*Österr. Ztschr. f. Stomatologie.* 1905. Nr. 3.) Jothion hat sich bewährt bei Gingivitis und Stomatitis ulcerosa durch örtliche Anwendung (Einträufeln in die Zahnfleischtaschen), bei Periostitis alveolaris ebenfalls durch Anwendung auf der Schleimhaut, sowie auch durch Einreibung auf

der Wangenhaut. Bei Empfindlichkeit, Jucken der Haut bei Anwendung von reinem Jothion, kann dasselbe in Salbenform gebracht werden. Zu verschreiben wäre:

℞ *Jothion*	10,0
Lanolin anhydric	6,0
Vaselin. flav.	4,0

D. S. Jothionsalbe.

C. Straufs-Barmen.

Über Sajodin, von Otto Anacker. (Inaug.-Dissert. Würzburg, 1907.) Wurde Sajodin nüchtern eingenommen, so schwankte das Auftreten der Jodreaktion beim Speichel zwischen drei bis fünf Stunden, während Jod im Urin nach vier bis sechs Stunden nachgewiesen werden konnte. Nach 18 Stunden gelang in der Regel der Jodnachweis im Speichel und Urin noch, nach 24 Stunden in keinem Falle mehr. Die Resorption beginnt also verhältnismäfsig spät und die Ausscheidungsdauer ist keine lange. Anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn das Sajodin eine halbe Stunde nach der Mahlzeit verabreicht wird. Hier kann man fast stets schon nach drei Stunden den Jodnachweis im Speichel führen, während bezüglich des Urins Schwankungen von drei bis fünf Stunden vorhanden sind. Die Dauer der Jodausscheidung betrug in der Mehrzahl der Fälle 72 Stunden, in der Minderzahl 48. Im allgemeinen scheint die Menge des Sajodins, das dem Körper zugeführt wird, die Ausscheidungsdauer nicht wesentlich zu beeinflussen. Während also das Jod der Jodalkalien schneller resorbiert und ausgeschieden wird, ist beim Sajodin die Resorption eine langsamere, die Ausscheidungsdauer dagegen in der Mehrzahl der Fälle länger, was Verfasser als einen Vorteil gegenüber dem Jodkalium bezeichnet, welcher den Nachteil vollauf ersetzen dürfte, der durch die verlangsamte Resorption gegeben ist. Die Versuche des Verfassers haben gezeigt, dafs Sajodin stets nach der Mahlzeit gegeben werden soll, damit es schneller zur Resorption kommt. Man soll auch hier, wie bei den Jodalkalien, keine ausgiebige Stärkediät geben, weil diese die Resorption des Jods verhindert und ebenso soll man den Alkoholgenufs einschränken. Fehlen auch nicht alle Erscheinungen von Jodismus beim Sajodingebrauch, so sind sie doch so wenig ausgesprochen und gehen in einer so milden Form vorüber, dafs die Behandlung deshalb nicht ausgesetzt zu werden braucht. Interessant ist die mehrfach gemachte Beobachtung, dafs in Fällen, in welchen zuerst die Jodalkalien, auch in kleinen Gaben, schon Jodismus hervorrufen, eine vorhergehende Medikation von Sajodin bewirkt, dafs darnach selbst gröfsere Dosen Jodkalium gut vertragen werden. Ebenso ist festgestellt, dafs in manchen Fällen, in welchen grofse Empfindlichkeit gegen relativ kleine Dosen von Jodalkalien besteht, bei Gebrauch von Sajodin weitere Erscheinungen des Jodismus nicht nur ausbleiben, sondern die vorhandenen sich sogar zurückbilden.

Was die Fälle von Lues anlangt, so glaubt Verfasser mit voller Sicherheit sagen zu können, dafs die luetischen Erscheinungen ebenso prompt zurückgingen, wie bei den Jodalkalien. Was die üblen Nebenwirkungen anlangt, so hat er bei 67 Fällen vier Fälle von Jodismus gehabt, davon in zwei Fällen katarrhalische Erscheinungen, in zwei Fällen Akne, schwerere Erscheinungen niemals. *Fritz Loeb-München.*

Zur Anwendung des Mesotan in Salbenform, von Julius Weiss-Wien. (*Die Heilk.* 1906. Nr. 5.) Verfasser empfiehlt folgende Salbe:

℞ *Mesotan*	6,0
Vaselin	ad 24,0

M. f. unguent.

D. S. Salbe.

Sie macht keine Reizerscheinungen. *A. Straufs-Barmen.*

Verbesserte Vorschriften für einige Pittylenpräparate. Bei den ausgedehnten praktischen Versuchen, welche fortgesetzt mit Pittylenpräparaten angestellt werden, wurden einige Verbesserungen bezüglich der Rezeptur gemacht, die wir nachstehend zur allgemeinen Kenntnis bringen wollen.

Pittylentinktur:

Zu Pinselungen ist die Lösung des Pittylens in Aceton besonders geeignet. Aceton löst das Pittylen in jedem Verhältnisse und eignet sich daher ganz besonders zur Herstellung der Tinktur. Da es auch beim Aufpinseln auf die Haut leichter verdunstet, so ist die mit Aceton hergestellte Pittylentinktur der alkoholischen Lösung bei weitem vorzuziehen:

℞ *Pittylen.*	5,0—10,0
Ol. Ricini	3,0
Aceton.	ad 100,0

D. S. Pittylentinktur zum Bepinseln.

Pittylenschüttelmixtur:

Für die Verwendung des Pittylens in Form einer Schüttelmixtur hat sich die nachstehende Komposition besonders bewährt, da dieselbe ein dünnflüssiges Präparat ergibt, das leichter zu handhaben ist, als die früher von uns angegebene Mischung.

℞ *Pittylen.*	10,0—20,0
Talc. venet.	15,0
Glycerin.	20,0
Aqu. dest.	ad 100,0

M. d. s. Zum gew. Pinseln.

Vor dem Gebrauche umzuschütteln.

Pittylensalbe:

Bei den Pittylensalben hat sich an Stelle des Vasel. flav. ein Gemisch von Vaseline mit Lanolin bewährt:

℞ *Pittylen.*	5,0—10,0
Paraffin. sol.	5,0
Lanolin.	25,0
Vaselin. flav.	ad 100,0

D. S. Pittylensalbe.

Die Rezeptur des Protargols, von F. Goldmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.) Die Verwendung von warmem Wasser zur Bereitung der Lösungen ist durchaus unstatthaft; die Lösung mufs jedesmal frich angefertigt werden, die Verwendung von konzentrierten, länger aufgehobenen Stammlösungen ist zu verbieten. Die zweckmäfsigste Bereitungsmethode ist die, dafs man das Protargol auf die Oberfläche des in einem Becherglase befindlichen Wassers (200 ccm) schüttet und ganz unbewegt bis zur Vollendung der Lösung (10—15 Minuten) stehen läfst. Als schmerzstillender Zusatz ist das Alypinum nitricum zu verwenden in dem Verhältnis von 0,1—0,3 auf 1 g Protargol. Etwas rascher kann die Lösung bereitet werden, wenn man das Protargol mit tropfenweise zugesetztem Glycerin und Wasser (aa) in einer Porzellanschale zu einer Paste verrührt und dann allmählich Wasser auffüllt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die bactericide Wirkung eines neuen Silberpräparates Sophol, verglichen mit derjenigen des Protargols, von Selenkowski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 24 u. 25.) Die warme Empfehlung des Sophols durch Prof. Herfft veranlafste Verfasser zu einer Nachprüfung, speziell in bezug auf die bactericide Wirkung desselben im Vergleich zum Protargol. Seine mühevollen Untersuchungen führten ihn zum Schlufs, dafs das Sophol hinsichtlich seiner bactericiden Wirkung dem Pro-

targol bedeutend nachsteht, so dafs namentlich bei dem hohen Preis desselben kein Grund zu seiner Anwendung vorliegt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die neueren Erfahrungen über Theophyllin (Theocin. natr. acet.), von K. Thienger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 12.) Verfasser sagt: Die Verabreichung dieses Mittels geschieht einzig und allein nur noch in Lösung, entweder in einfacher Wasserlösung oder nach dem Vorschlag Schlesingers in einem Adonisinfus 8,0 : 150,0 mit 1—1,5 g Theocinnatrium. Über diese Dose hinauszugehen, war niemals nötig. Man beginnt vorsichtig drei- bis vierstündlich 15 ccm zu geben (0,1 bis 0,15 g), um, wenn das Mittel gut vertragen wird und der Anstieg der Diurese noch nicht genügend erscheint, auf eine zweistündliche Medikation hinaufzugehen, so dafs die maximale Tagesdosis 0,6—0,9 Theocin. natr. acet. beträgt. Bei einigermafsen begründeten Klagen wird ohne den Versuch der Nötigung die Verabreichung des Mittels vorläufig eingestellt. Fast in allen Fällen wurde auf diese Weise eine über die normale Menge hinausgehende Diurese erreicht und nur in vereinzelten Fällen Beschwerden gesehen; auf maximale Diuresen wurde von vornherein und prinzipiell verzichtet. Dabei war erfreulicherweise mehrfach zu konstatieren, dafs bei diesem Vorgehen die Diurese bei Weitergabe des Mittels nicht nur nicht absinkt, sondern mit unwesentlichen Schwankungen eine sich über eine Reihe von Tagen erstreckende, über das Normale erhöhte Harnmenge ausgeschieden wurde. *A. Straufs-Barmen.*

Die intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinaminverbindung und ihr Einflufs auf Narbengewebe, von E. R. W. Frank. (*Bul. de l'Assoc. franc. d'Urol.* 1906.) F. benutzte mit bestem Erfolge das Fibrolysin-Merck in Form intravenöser Injektionen bei 12 Fällen von Striktur der Urethra. Die Wirkung war meist nach wenigen Injektionen zu konstatieren. Die Injektionen waren schmerzlos, Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. *Schucht-Danzig.*

Über Pseudoanämien, von H. Strauss-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) Unter Pseudoanämien versteht man solche Krankheitszustände, bei welchen die äufsere Besichtigung des Patienten für das Vorhandensein einer Anämie spricht, während die Blutuntersuchung ein durchaus normales Verhalten des Blutes in bezug auf den Farbstoffgehalt und die morphotischen Elemente ergibt. Die Diagnose läfst sich nur durch eine Hämoglobinbestimmung stellen. Eine interessante Hautaffektion beobachtete Verfasser bei einer extrem blassen, hochgradig nervösen Patientin mit normalem Hämoglobingehalt des Blutes. Die Patientin zeigte talergrofse, kreisrunde, rote Flecken an Armen, Beinen und Hals. Diese Flecken, die schon seit Monaten bestanden, setzten sich mit scharfer Grenze von der Umgebung ab, ragten nicht über das Hautniveau empor und verschwanden auf Fingerdruck für einen Augenblick. St. deutet diese Flecke als Folge einer vasomotorischen Störung. Er nennt den Zustand neurogene Angiokenie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Angioneurosen.

Oedema durum traumaticum, von T. Ramm. (*Thèse de Lausanne.* 1905.) Nach einleitenden Bemerkungen und einem historischen Abrifs gibt Verfasser eine Beschreibung des Krankheitsbildes, um im Anschlufs an die Mitteilung einer eigenen Beobachtung in weiteren Kapiteln Simulation und Therapie abzuhandeln. Ein schlechtes Literaturverzeichnis und drei gute Abbildungen vervollständigen die Arbeit. Im beschriebenen Fall ist die Lokalisation an der Planta des rechten Fufses als sehr selten bemerkenswert. Es handelt sich um einen alten Gärtner, der bei der Bearbeitung des Bodens dem Spaten mit dem rechten Fufs Nachdruck zu geben gewohnt war; dieses beständige traumatische Moment betrachtet Verfasser als ätiologisch ausschlaggebend. *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Tetanusbazillen und ihrer Gifte vom Magendarmtraktus aus, von MARCUS RABINOWITSCH. (Inaug.-Dissert. Berlin 1906.) In dieser wertvollen Doktorarbeit bespricht Verfasser zum Schlufs auch die Beziehungen der Urticaria zum Tetanusbacillus. Seine hierauf bezügliche Auffassung formuliert er in seiner dritten These: Das klinische Bild von einigen Krampfformen bei Kindern und der Urticaria ex ingestis im Zusammenhang mit den diese Krankheit begleitenden gastro-enterischen Erscheinungen sprechen mit grofser Wahrscheinlichkeit dafür, dafs auch in der Wirkung der Tetanusbazillen und ihrer Gifte vom Verdauungstrakte aus das ätiologische Moment dieser Krankheiten, ebenso wie des Tetanus rheumaticus, zu suchen ist. *Fritz Loeb-München.*

Über die im Gefolge der akuten Cerebrospinalmeningitis auftretenden Erytheme, von BEATRICE HERSCHMANN. (*Thèse de Genève.*) Die bei Cerebrospinalmeningitis auftretenden Erytheme sind entweder als Prodromalsymptome oder als solche zu betrachten, die mit den anderen Erscheinungen parallel gehen. Meist handelt es sich um Purpura, doch werden auch scharlach- und masernähnliche Erytheme, sowie lentikuläre Flecken beobachtet. Differentialdiagnostisch können die Erytheme zu Verwechslungen Anlafs geben mit: Typhus exanthematicus, akutem Gelenkrheumatismus, Scharlach, Masern, Variola und Purpura. Purpuraeruptionen bei Erwachsenen haben einen sehr ungünstigen Einflufs auf die Prognose, weniger bei Kindern. Auch erythematöse Eruptionen verschlechtern die Prognose. Ursache der Hautsymptome sind entweder vasomotorische oder infektiöse Momente. *Fritz Loeb-München.*

Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach, von G. GABRITSCHEWSKY-Moskau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Die Streptokokken sind imstande, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen. Aus Scharlachstreptococcus zubereitete Vaccine können scharlachähnliche Erytheme und Exantheme hervorrufen. Die punktförmigen Erytheme und Exantheme beim Scharlach, Scarlatinoid und Streptokokkenvaccine können den Toxikodermien infektiöser Herkunft zugezählt und in pathogenetischer Hinsicht als identisch betrachtet werden. Die Tatsache, dafs beim Menschen unter dem Einflufs der Scharlachstreptokokkenvaccine punktförmige Ausschläge mit sämtlichen anderen, dem Scharlach eigenen Symptomen auftreten, repräsentiert einen wesentlichen, entscheidenden Faktor zugunsten einer Anerkennung des Streptococcus als spezifischen Scharlacherreger. Dieses Faktum liefert auch eine neue wissenschaftliche Basis sowohl für die von MOSER eingeführte praktische Verwendung der Serotherapie beim Scharlach, als auch für die vom Verfasser vorgeschlagene Streptokokkenimpfung nicht nur gegen die Komplikationen, sondern auch gegen den Grundprozefs beim Scharlach.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein durch Chloreton bedingter Hautausschlag, von ROLLESTON-London. (*Lancet.* 30. März 1907.) Chloreton ist ein Trichlor tertiär Methylalkohol und wurde vom Verfasser in Dosen von 0,3 ter die bei Chorea mit gutem Erfolge gegeben. Ein auf diese Weise behandeltes 15jähriges Mädchen zeigte nach zehntägiger Behandlung einen zunächst an den Händen und Vorderarmen lokalisierten Ausschlag in Gestalt von hell-maulbeerfarbenen, glatten Papeln von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse. Sie verschwanden auf Druck, kehrten aber beim Nachlassen desselben sofort wieder. Es bestand Juckreiz. Im weiteren Verlauf trat der Ausschlag an den Enkeln und am Kreuz hervor. Nach drei Tagen war die Beschaffenheit des Ausschlags eine ganz andere, indem alsdann eine gröfsere Anzahl rosaroter Ringe mit weifsem Zentrum bestanden. Schliefslich verschwand die Affektion vollständig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati), von Tomimatsu Schidachi-Tokio. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 7.) Bericht über den klinischen Verlauf von fünf Fällen nodösen Jodexanthems, die in der Klinik Jadassohns zur Beobachtung gekommen sind; einer der Fälle wurde vom Verfasser auch histologisch untersucht. Diese Untersuchung ergab Veränderungen, die im wesentlichen mit denen identisch sind, welche beim idiopathischen Erythema nodosum konstatiert sind. Verfasser weist nur auf die spezielle Beteiligung der Venen hin, wobei die Annahme nicht zu umgehen ist, dafs im Blut gelöste Substanzen die circumscripte Phlebitis bedingen, so dafs die Affektion neben der gichtischen Phlebitis zu stehen kommt. Von den Venen scheinen nach dem histologischen Befund die kleinsten, resp. die Kapillaren und vielleicht auch die Vasa vasorum zuerst von der entzündungserregenden Schädigung angegriffen zu sein. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Arzneiexanthem mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen, von Adalbert Gregor - Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 17.) Kurze Mitteilung über ein durch zweimalige Verabreichung von je 2 g Chloralhydrat verursachtes, ausgedehntes Arzneiexanthem, das im wesentlichen aus dunkelroten, makulo-papulösen, zum Teil konfluierten Effloreszenzen bestand; stellenweise fanden sich vereinzelte kleine Hämorrhagien und taubeneigrofse, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen. Das Exanthem, das unter Bildung von Schuppen abheilte, war insbesondere dadurch ausgezeichnet, dafs es von ungewöhnlich heftigen Allgemeinerscheinungen, von hohem Fieber, hämorrhagischer Bronchitis, Konjunktivitis und Somnolenz, begleitet war. *Götz-München.*

Weitere experimentelle Untersuchungen über die Pellagra. Vorläufige Mitteilung von Guido Tizzoni und Luigi Panichi. Übersetzt von Kurt Tautz-Berlin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 44, 1907, Heft 3.) Folgendes schliefsen Verfasser aus ihren Untersuchungen: Das aus Pellagrakranken (Typhus pellagrosus, Pellagrapsychose) isolierte Virus hat eine elektive Wirkung auf den Darm einiger Tiere (Meerschweinchen, Kaninchen) und bei den empfänglichsten Tieren (Meerschweinchen) folgen auf die lokalen Erscheinungen allgemeine, welche unter einem Bilde, das dem der Pellagra ganz und gar ähnlich ist, rasch zum Tode führen. Die spezifische Wirkung des Keims äufsert sich nur dann, wenn die Nahrung des Tieres zum grofsen Teile aus Mais besteht; dieser müfste daher wenigstens als ein die Krankheit begünstigendes Element betrachtet werden, vielleicht insofern, als er die Kultur des Keimes im Darme erleichtert und auf diese Weise die Entwicklung der Darmläsion begünstigt. Durch die Ergebnisse ihrer Untersuchungen gewinnt für Verfasser die Hypothese immer mehr an Wahrscheinlichkeit, dafs derselbe Bacillus, der die akuten, rasch tötlich verlaufenden Formen der Pellagra (Typhus pellagrosus, Pellagrapsychose) hervorruft, auch die Ursache der gewöhnlichen Formen der Krankheit mit langsamerem Verlauf ist. *Stern-München.*

Traumatische Entzündungen.

Zur Behandlung der Erfrierung mit künstlicher Hyperämie, von Carl Mirtl - Graz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) M. wendet seit Jahren zur Behandlung von Frostbeulen trockene, heifse Luft mit befriedigendem Erfolge an. Er bedient sich dazu exakt trockener Heifsluft, wie man sie mit dem Quinckeschen Beheizungsmodus nicht erhält; denn „dieser führt dem Belegkasten nicht Luft, sondern das feuchtigkeitsgeschwängerte, ja in Relation zur Körpertemperatur (42—45° C., Taupunkt 37° C.) feuchtigkeitsübersättigte Verbrennungsgasgemenge zu.“ (? Ref.)

In der jüngsten Zeit behandelt M. Frostbeulen, besonders akute Fälle, auch mit

künstlicher Hyperämisierung, die er durch „rhythmische Stauung" oder, wie er sie auch nennt, „pneumatische Saugmassage" erzeugt Er führt diese Massage täglich etwa zehn Minuten lang aus; „die Rhythmik beträgt 10—12 pro Minute bei einem Unterdrucke von 60—100 mm Quecksilber." Daneben läſst er mehrmals täglich kurze Zeit hindurch, im ganzen drei bis vier Stunden im Tag, eine leichte Stauungsbinde tragen. Bei dieser Behandlung macht die livide Farbe rasch einem helleren Rot Platz, die erfrorenen Stellen fühlen sich alsbald wärmer an, subjektiv verspürt der Patient wesentliche Erleichterung, besonders der Beweglichkeit. *Götz-München.*

Ein Fall von Tetanie bei Verbrennung, von J. Etter. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) Einleitend gibt Verfasser die Krankengeschichte eines seltenen Falles von Tetanie bei Verbrennung. Es findet dann die Besprechung der Ursachen der Tetanie eine eingehende Erörterung. Verfasser erblickt in der Autointoxikation das hauptsächlichste ätiologische Moment und betrachtet seinen Fall als einen Fall von Autointoxikatian bei Verbrennung. In der Autointoxikation glaubt er auch das wichtigste ätiologische Moment für den Tod nach Verbrennung zu finden. In einem weiteren Teil seiner schönen Arbeit wird dann den Theorien über den Verbrennungstod nachgegangen. Es kommen dabei hauptsächlich drei Theorien in Frage: 1. die Shoktheorie Sonnenburgs, 2. die Theorie der Blutveränderungen und 3. die Intoxikationstheorie. „Und wenn wir nun eine Tetanie, durch Autointoxikation bedingt, bei einer Verbrennung vorfinden, in Gesellschaft gleichzeitig noch mit einem toxischen Erythem, so dürfen wir diesen Fall doch als kräftige Stütze der Intoxikationstheorie bei Verbrennungen anzusehen uns nicht scheuen."

Fritz Loeb-München.

Über Ätiologie und Prophylaxe der Chlorakne, von Friedrich Holtzmann-Karlsruhe. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl.* Bd. 39. Heft 2.) Auf Grund eigener Beobachtungen kommt der Verfasser 'zu der Überzeugung, daſs es sich bei der Chlorakne um eine lediglich durch äuſserlichen Reiz erzeugte Hautkrankheit handelt. Es werden immer erst die von der Kleidung nicht bedeckten Hautpartien von der Krankheit befallen, welche vorzugsweise bei Arbeitern auftritt, die erschöpfte „Zellen", in denen die Zersetzung des Chlornatriums durch Elektrolyse in einer Temperatur von durchschnittlich 90° stattfindet, herausnehmen oder „Türme" auseinandernehmen, in welchen die beim Hargreweschen Verfahren der Zersetzung des Chlornatriums entstehenden Salzsäuredämpfe durch Wasser kondensiert werden.

Zur Frage der Übertragbarkeit der Chlorakne führt der Verfasser einen Fall an, in welchem das Kind eines Arbeiters, das auf dem Arbeitskittel des Vaters schlief, im Gesicht erkrankte.

Zur Prophylaxe der Chlorakne verlangt H., daſs das Auspacken der „Türme" und Auswechseln der „Zellen" nur geschehen darf, wenn sie abgekühlt sind. Dabei müssen die Arbeiter mit Unterkleidern, Strümpfen, bis über die Knöchel reichenden Schuhen und waschbaren Oberkleidern ausgestattet sein. Die Kleider müssen, besonders am Halse und an den Fuſsknöcheln, dicht anschlieſsen, die Hände mit undurchlässigen Handschuhen bekleidet sein, welche bis über die Handgelenke reichen und mit den Kleiderärmeln eng verbunden sind. Die behaarte Kopfhaut soll durch eine bis über die Ohren reichende Mütze, das Gesicht mit einer dichten Vaselinschicht bedeckt werden. Nach der Arbeit müssen die Arbeiter baden und sich völlig umkleiden. *G. Schourp-Danzig.*

Neurotische Entzündungen.

Über Sensibilitätsstörungen bei und nach Herpes zoster, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis vom Verlaufe der Bahnen der Hautsinne, von Karl Petrén und G. Bergmark-Upsala. (*Ztschr. f. klin. Med.* Bd. 63. Heft 1—4.) Unter 13 untersuchten Fällen wurde bei zwei Fällen eine wahre Hyperalgesie beobachtet, welche nicht gleichförmig ausgebreitet, sondern ganz unregelmäßsig verteilt gefunden wurde. Die Erscheinungen der Anästhesie wurden nur in drei Fällen völlig entbehrt; sie zeigte sich nicht fleckenförmig, sondern diffus und ganz gleichförmig verbreitet. In zehn Fällen war der Schmerzsinn herabgesetzt; die Störungen des Temperatursinnes folgen denjenigen des Schmerzsinnes, so daſs sie bei den leichteren Graden von Hypoalgesie nicht immer vorkommen. Eine Störung des Tastsinnes war nur bei solchen Fällen sicher festzustellen, wo der Zoster sich auf die Innervationsgebiete von wenigstens drei Spinalganglien erstreckt hatte.

Ein besonderes Gewicht legen die Verfasser darauf, daſs sie in einem Falle eine wahre Hyperästhesie, die sich durch eine Verminderung des Wertes der Reizschwelle kundgab, feststellten. Als Erklärung hierfür nennen sie die Möglichkeit, daſs die Endorgane der sensorischen Nerven, also die Aufnahmeapparate in der Haut, verändert waren, nämlich ihre Erregbarkeit gesteigert, so daſs schon eine kleinere Reizmenge als normal genügte, um eine Erregung der Aufnahmeapparate hervorzubringen, oder daſs das Leitungsvermögen der betreffenden sensorischen Bahn gesteigert worden war, so daſs schon schwächere Erregungszustände der peripheren Endorgane sich durch die ganze Bahn bis zum perzipierenden Zentrum fortpflanzen können, als dies unter normalen Verhältnissen der Fall ist.

Die Verfasser geben der ersten Möglichkeit den Vorzug der Wahrscheinlichkeit, weil bei Zoster eine anatomische Veränderung der Haut — Blaseneruption und Erythem — besteht, welche die Veränderung der Funktion der Endorgane der sensorischen Nerven hat bewirken können. *G. Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Programm der 79. Naturforscher-Versammlung zu Dresden, 15. bis 21. September 1907. Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie. Sitzungsraum: Technische Hochschule, Bismarckplatz. Verpflegungsstätte: Kaiser Wilhelm-Zimmer des Hauptbahnhof-Restaurants.

Angemeldete Vorträge:

1. Bandler und Kreibich-Prag: Erfahrungen über cutane Tuberkulinimpfungen (Tirquet).
2. Bruhns-Berlin: Beiträge zur Kenntnis des Syphilisverlaufs und seine Beeinflussung durch die Behandlung.
3. Delbanco-Hamburg: Lupus follicularis disseminatus (Lupus miliaris) geheilt durch Neutuberkulin.
4. Derselbe: Ein bezüglich der tuberkulosen Ätiologie bemerkenswerter Fall von Lupus erythematodes.
5. Derselbe: Kraurosis glandis et praeputii penis.
6. Derselbe: Anatomische Mitteilungen.
7. Dommer-Dresden: Demonstration urologischer Apparate.
8. Ehrmann-Wien: Weitere Versuche über die Autoinokulation bei Syphilis (mit Demonstrationen).

9. Ehrmann-Wien. Über die Wirkung von Licht- und Röntgenstrahlen bei Pigmentatrophien und Hypertrophien (mit Demonstration).
10. Epstein-Nürnberg: Die Exfoliatio areata palmaris.
11. Frank-Berlin: Über die Einwirkung des Atoxyl auf die Bakterien der Harnwege.
12. Galewsky-Dresden: Demonstrationen.
13. Derselbe: Über kongenitale Talgdrüsen bei Neugeborenen (mit mikroskopischen Demonstrationen).
14. Derselbe: Häufigkeit und Therapie der nichtgonorrhoischen Urethritis.
15. Derselbe: Vier Fälle von Tabes in den ersten Jahren nach der Infektion.
16. Heymann-Dresden: Erfahrungen mit der Quarzlampe.
17. Hopf-Dresden: Über extragenitale Sklerosen.
18. Juliusberg-Berlin: Über einen eigentümlichen Tumor der Bauchhaut.
19. Klingmüller-Kiel: Therapie der Gonorrhoe des Mannes.
20. Kraus-Prag: Über positive Impfergebnisse mit Rhinosklerom.
21. Kreibich-Prag: Zur Quecksilberwirkung.
22. Lassar-Berlin: Hautkrankheiten und Stoffwechsel.
23. Ledermann-Berlin: Thema vorbehalten.
24. Mann-Dresden: Syphilisähnliche Menstruationsexantheme.
25. Derselbe: Ein Fall von Pemphigus traumaticus.
26. Meirowsky-Graudenz: Über eine Methode der vollständigen Beseitigung von Tätowierungen (mit Demonstrationen).
27. Nagelschmidt-Berlin: Heutiger Stand der Radiotherapie und deren Indikation.
28. Nobl-Wien: Die diagnostische Bedeutung organisierter Syphilisprodukte.
29. Derselbe: Zur Ätiologie der Pityriasis lichenoides chronica.
30. Oppenheim-Wien: Beitrag zur Hautresorption.
31. Derselbe: Über Pityriasis rosea.
32. Derselbe: Eine eigenartige Hauterkrankung.
33. Pinkus-Berlin: Über Naevus acneiformis.
34. Riecke-Leipzig: Dermatologische Demonstrationen.
35. Rille-Leipzig: Thema vorbehalten.
36. Rothschuh-Aachen: Gichttripper und Penisgicht.
37. Schiff-Wien: Die Grenzen der Röntgentherapie.
38. Siegel-Berlin: Über die Ätiologie der Syphilis.
39. Spiegler-Wien: Neue Untersuchungen über die chemische Natur des Haarpigmentes und der menschlichen Haut.
40. Stein-Görlitz: Demonstration von Kranken.
41. Derselbe: Ein schwerer Fall von Hg-Intoxikation.
42. Stern-Düsseldorf: Die Behandlung der Epididymitis und der Bubonen mit Hyperämie.
43. Strebel-München: Ozonbehandlung der Gonorrhoe.
44. Tomaszewsky-Halle: Über Impfungen mit Syphilis am Kaninchenauge.
45. Waelsch-Prag: Über die Epididymitis sympathica.
46. Werther-Dresden: Demonstrationen.
47. Derselbe: Über Trichoepitheliom an den Augenlidern.
48. Derselbe: Pseudomilium elasticum.
49. Derselbe: Tuberkulide.
50. Bergmann-Dresden: Kasuistische Mitteilungen zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.
51. Wichmann-Hamburg, Über Sensibilisierung in der Röntgentherapie.
52. Winkler-Wien: Experimentelle Studien über die Schweißsekretion.

53. Zieler-Breslau: Neuere Methoden der Quecksilberanwendung bei Syphilis.
54. Derselbe: Demonstration von Moulagen aus der Breslauer Hautklinik.

Im Zimmer 72 der Technischen Hochschule befindet sich die Ausstellung von Moulagen, Photographien usw.

Die Abteilung ladet ein:

die Abteilung 20 zu ihrer Ausstellung von Moulagen: Die Hautkrankheiten des Kindesalters (Zimmer 72) und zu dem Vortrage Galewsky (13);
die Abteilung 18 zu den Vorträgen Kraus (20); Nagelschmidt (27); Schiff (37); Stern (42); Bergmann (50);
die Abteilung 23 zu dem Vortrage Kraus (19);
die Abteilungen 20 und 16 zu dem Vortrage Werther (49);
die Abteilung 22 zu dem Vortrage Werther (47).

Die Abteilung ist eingeladen:

von der Abteilung 16 zu dem Vortrage:
Rosenfeld-Breslau: Über Hauttalgabsonderung,
von der Abteilung 18 zu den Vorträgen:
Goldschmidt-Berlin: Galvanokaustische Eingriffe bei Affektionen der Urethra posterior,
Grunert-Dresden: Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie,
Kollmann-Leipzig: Thema vorbehalten,
von der Abteilung 20 zu dem Vortrage:
Flachs-Dresden: Fieberhafte Exantheme im Kindesalter,
von der Abteilung 27 zu dem Vortrage:
Nuesse (z. Z. Hoyer-Nordsee): Das Institut und die Methode Finsen,
von der Abteilung 30 zu den Vorträgen:
Benda und Plehn-Berlin: Zur mikroskopischen Anatomie der Framboesia (B),
Rothschuh-Aachen: Die Syphilis in Zentralamerika (A),
Nieuwenhuis-Leiden: Über Züchtung des Pilzes Tinea albigena (A).

Welches sind die Behandlungsmöglichkeiten für Geschlechtskranke in den Polikliniken und Spitälern New Yorks? von A. D. Mewborn - New York. (*New York med. Journ.* 6. April 1907.) Statistische Übersicht über die (22) Polikliniken New Yorks, in welchen während der letzten fünf Jahre Geschlechtskranke aufgenommen und behandelt wurden. Es dürfte wohl wenig Wert haben, all diese einzelnen Zahlen aufzuführen; in einigen der Dispensarien wurden über 15000, ja in ein paar über 20000 Fälle pro Jahr behandelt. Die Verhältniszahl der Frauen, welche Syphilis von ihren Ehemännern akquirieren, ist eine ziemlich grofse, wie es auch Fournier für Paris festgestellt hat. Verfasser möchte jede Prüderie in dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, deren Gefahr für ihn gleich nach jener der Tuberkulose kommt, beseitigt wissen und wünschte, dafs jede Poliklinik und jedes Krankenhaus von New York einen jährlichen Bericht an die Behörden über die Anzahl der behandelten Syphilis- und Blennorrhoefälle lieferte. Die Zahl der „Nachtklassen“ und jede Möglichkeit der Behandlung sollten in den Krankenhäusern vermehrt werden, um die Kranken zu deren Besuch aufzumuntern: nicht so sehr zu des einzelnen Kranken, als der Gesamtheit Wohl. Den Polikliniken sollte es zur Pflicht gemacht werden, den mit Geschlechtskrankheiten behafteten Kranken Merkblätter über die Gefahr der Übertragung ihres Leidens auf gesunde Personen in die Hand zu geben. Auf diese Weise würde das Publikum erzogen werden, da gerade die Unkenntnis dieser Gefahr sowohl bei Blennorrhoe wie Syphilis den gröfsten Schaden anrichtet.

Stern-München.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. №. 6. 15. September 1907.

Die Lokalisation der Dermatitis herpetiformis (DUHRING).

Von

Prof. C. BOECK-Christiania.

Mit drei Figuren im Text.

Die Lokalisation der DUHRINGschen Krankheit verdient gewifs einer weit mehr speziellen Aufmerksamkeit gewidmet zu werden, wie dies im allgemeinen bisher geschehen ist, und zwar sowohl aus praktischen wie aus theoretischen Rücksichten. Sowohl für die Diagnose dieser Erkrankung wie für die Abgrenzung des Krankheitsbegriffes wie gewifs auch für das Verständnis des pathogenetischen Prozesses ist nämlich dieses Moment von der gröfsten Bedeutung.

Was die Diagnose der Krankheit betrifft, so ist ja dieselbe den speziellen Fachmännern schon im voraus geläufig genug. Aber bei einer relativ so häufigen Affektion wie diese ist es doch sehr wünschenswert, dafs auch jeder praktische Arzt dieselbe kennt und zu diagnostizieren weifs, und zwar umsomehr, weil dieses recht lästige Übel ja eine ganz spezielle Behandlung erfordert, wenn etwas dagegen ausgerichtet werden soll. Wie es jetzt steht, wird wohl die Krankheit von den meisten praktischen Ärzten schlechtweg als „Ekzem“ aufgefafst und als solches ohne jeden Erfolg behandelt.

Aber eben für den nicht speziell Fachkundigen wird die hier so sehr charakteristische Lokalisation ein in die Augen springendes Diagnostikum bilden können, das geeignet ist, sofort auf die richtige Spur zu leiten. Abgesehen nämlich von den sehr stark verbreiteten Fällen, die fast universell auftreten können, die aber doch verhältnismäfsig selten vorkommen, während die mehr begrenzten die weit überwiegende Mehrzahl der in der Praxis vorkommenden Fälle bilden, abgesehen von den genannten schweren Fällen der Krankheit also, kenne ich von den gröfseren Dermatosen keine, die eine so ganz spezielle, beinahe konstante, sich immer wiederholende, bestimmte, systematisierte Lokalisation aufzuweisen hat!

Wenn ich diesen Satz aufstelle, mufs allerdings hinzugefügt werden, dafs nur einige wenige Lokalitäten nahezu konstant angegriffen werden, während andere wieder nur aufserordentlich häufig oder als Regel vorgezogen sind, was unten näher demonstriert und auseinandergesetzt werden soll. Der Satz steht übrigens im grellsten Widerspruche mit den Äufserungen der meisten Autoren und Autoritäten über diesen Gegenstand, was sehr leicht durch Zitate zu dokumentieren wäre. Nichtsdestoweniger mufs ich ihn als das Resultat mehr wie dreifsigjähriger Beobachtung bestimmt aufrecht halten. Meinen ersten Fall habe ich nämlich im Jahre 1875 beobachtet, also mehrere Jahre ehe die nähere Beschreibung der Krankheit durch TILBURY FOX und namentlich DUHRING gegeben wurde, und im Jahre 1892 habe ich in einer speziellen Arbeit über diese Krankheit die so merkwürdig systematisierte Lokalisation derselben ganz besonders und recht ausführlich hervorgehoben. Da aber dieser Aufsatz nur in norwegischer Sprache erschien und deswegen unbekannt geblieben ist, habe ich es nicht unterlassen wollen, noch einmal zu diesem, wie gesagt, praktisch recht wichtigen und theoretisch interessanten Gegenstand zurückzukommen.

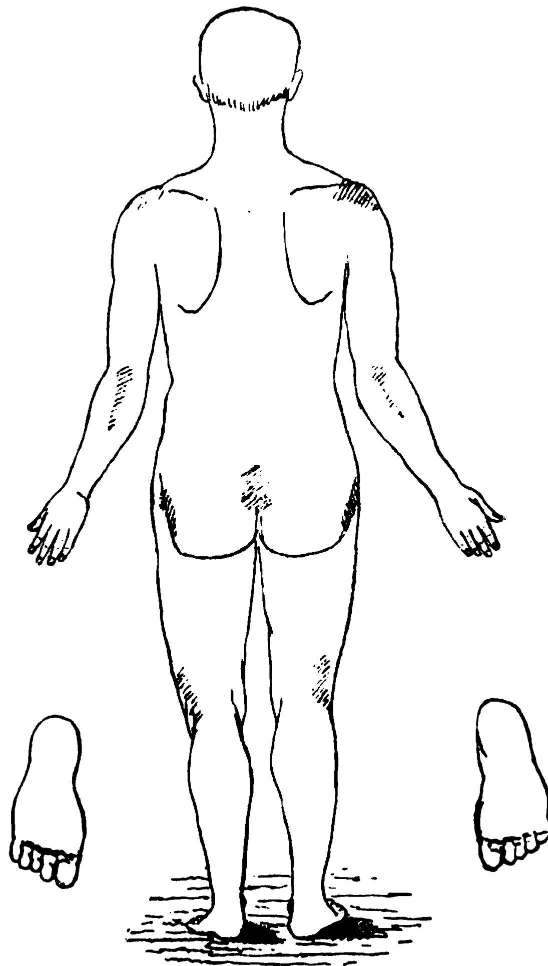


Fig. 1.

Mit Hinweisung auf die beigefügten schraffierten Figuren, die ja an und für sich schon eine deutliche Sprache reden, soll demnächst der verschiedenen speziell bevorzugten Regionen, der Reihe nach, Erwähnung getan werden. Ich bemerke dabei, dafs ich für diese Demonstration eben besonders leichte Fälle gewählt habe, wo die Krankheit nicht zu stark verbreitet war. Es liegt ja nämlich auf der Hand, dafs eben an solchen leichteren Fällen die speziellen Lieblingslokalisationen sich am deutlichsten verraten werden. So tritt z. B. dieses Verhältnis in der Figur 1, die nach einem sehr leichten Fall bei einem 36jährigen Stallknecht aufgenommen ist, sehr klar hervor.

Unter den am allerhäufigsten, beinahe konstant, angegriffenen Regionen nenne ich zuerst:

I. Die Ellenbogenregionen, von wo aus die Krankheit sich in der Regel auch die Ulna entlang auf den Unterarm eine Strecke weit nach unten verbreitet. Nicht ganz so häufig kommt die Krankheit auf der Beugeseite des Vorderarmes vor. In der Regel ist es denn auch eben der leicht zugängliche Unterarm mit dem Ellenbogen, welcher zuerst vom Patienten dem Arzt präsentiert wird.

II. Die Haut um die Kniee herum wird nicht vollends so häufig wie die Ellenbogenregionen und in der Regel auch nicht so stark wie diese affiziert.

Nichtsdestoweniger macht sich doch also schon hier die „vertikale Korrespondenz“ (Kniee und Ellenbogen), wie ich es genannt habe, und welche unten näher besprochen werden soll, geltend.

III. wird beinahe ebenso konstant wie die Ellenbogen und gewifs noch etwas häufiger wie die Kniee die Haut der Sakralregion, besonders um den obersten Teil der Rima inter nates herum, ergriffen (Fig. 1, 2 und 3). Dies trifft so häufig ein, dafs der erfahrene Arzt, wenn er die Diagnose an dem Unterarm richtig gestellt hat und dann sofort nach der Sakralregion fragt, regelmäfsig mit einem Lächeln des Verständnisses und der Beruhigung seitens des Patienten begegnet wird, weil dieser dann weifs, dafs der betreffende Arzt seine Krankheit wirklich kennt. Diese Region seines Körpers hat ihm nämlich während der ganzen Dauer seiner Krankheit viel Unruhe und Besorgnis verschafft.

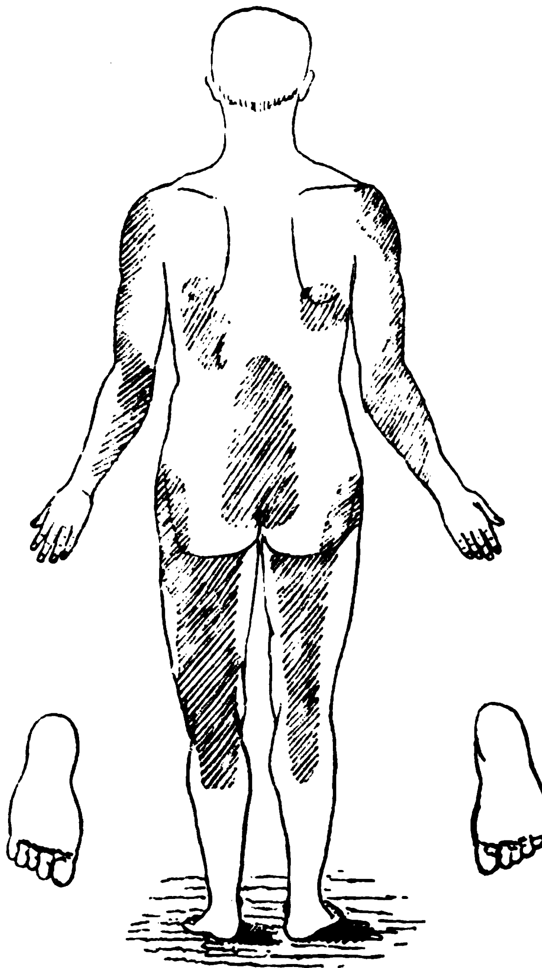


Fig. 2.

Wenn der Fall nicht, wie bei der Figur 1, von den allerleichtesten ist, breitet sich die Affektion von diesem „Quadrat“ der Sakralregion sehr häufig weiter nach oben der Kolumna entlang bis zum ersten

Lumbal- oder dem zwölften Dorsalwirbel empor (s. Fig. 2), oder aber man findet nur auf der letztgenannten Stelle eine Rosette, ohne eine fortlaufende Verbindung nach abwärts mit der Sakralregion (s. Fig. 3).

Von der Sakralregion aus breitet die Krankheit sich auch sehr oft weiter nach aufsen, entweder mehr nach aufsen und oben, die Crista ilii entlang oder mehr nach aufsen und unten die Sulci infra nates folgend, wie Figur 3 es zeigt. Häufig ist auch die ganze Glutäalregion mit einbegriffen.

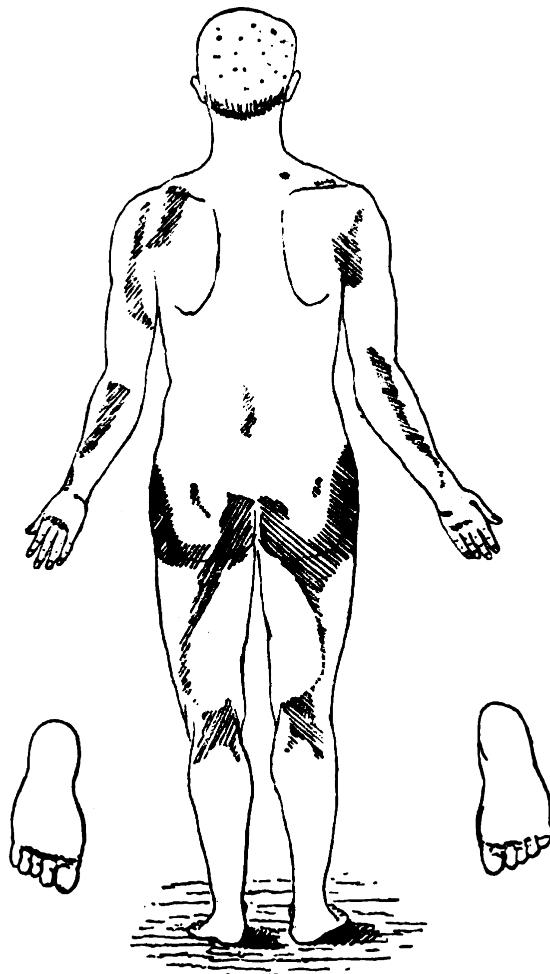


Fig. 3.

In sehr vielen Fällen ist auch eine ganz kleine begrenzte Hautpartie über dem Trochanter auf beiden Seiten affiziert.

IV. Am Stamme aufwärts findet man sehr häufig die Krankheit über den Schulterblättern und den Schultern verbreitet, und dafs die Axillarregionen sehr oft angegriffen sind, wird ja auch in einigen Lehrbüchern erwähnt.

V. Von der Deltoideusregion breitet sich dann die Krankheit aufserordentlich häufig mit einer breiten Strieme auf der äufseren Fläche des Oberarmes bis zum Condylus externus humeri herunter aus (s. Fig. 2).

VI. Diesem Auftreten auf der äufseren Fläche des Oberarmes entsprechend kommt die Krankheit auch beinahe ebenso häufig auf der hinteren Fläche des Oberschenkels und zwar auch hier in bandförmiger Verbreitung bis zum Knie herunter vor (s. Fig. 2 u. 3).

Hals und Kopf sind etwas seltener, aber doch recht oft mit einbegriffen, und zwar sowohl das Gesicht wie die Pars capillata. Noch weniger häufig sind die niederen Teile der Unterschenkel, die Fufs- und Handrücken ergriffen. (S. Fig. 3, was die Hände betrifft.)

Am seltensten werden die Handflächen und die Fufssohlen affiziert.

Auf der Vorderseite des Körpers, welche im ganzen weniger affiziert wird wie die hintere Fläche desselben, sind auch einzelne Stellen häufiger angegriffen wie andere, aber doch nicht mit einer so ausgesprochenen Prädilektion, dafs ich es für nötig halte, dies näher nachzuweisen oder mittels Figuren zu illustrieren.

Von den obengenannten Lokalisationen sind also, meiner Erfahrung nach, diejenigen auf den Ellenbogenregionen mit der Streckseite des Vorderarmes, die Ulna entlang, und auf der Sakralregion die konstantesten und die am meisten geeigneten, die Aufmerksamkeit des angehenden Diagnostikers zu erwecken. Wenigstens sehe ich, wie diese Lokalisationen sich leicht in das Gedächtnis meiner Studenten befestigen, und wie sie sämtlich diese Krankheit zu diagnostizieren wissen, weil sie auf diese so eigentümliche und spezielle Lokalisation aufmerksam gemacht wurden. Es ist ja aufserdem bekannt, wie die immer auf denselben Stellen sich wiederholenden Ausbrüche nach und nach eine starke Hyperpigmentation hervorrufen, welche ebenfalls die genannte Lieblingslokalisation deutlich markieren hilft.

Beim obigen Aufzählen der besonderen Lieblingslokalisationen hat es sich aufserdem gezeigt, wie gewisse häufig angegriffene Stellen auf den oberen Extremitäten (Ellenbogen, äufsere Fläche des Oberarmes) solchen an den unteren (Kniee, hintere Fläche des Oberschenkels) deutlich zu entsprechen scheinen, und wie auch am Stamm (Schulter- und Hüftenpartien) ein ähnliches Verhältnis kaum zu verkennen ist. Es ist dies, was ich in meiner Arbeit über diese Krankheit vom Jahre 1892 als „vertikale Korrespondenz“ bezeichnet und auch schon früher, 1883—85, mit Rücksicht auf die leprösen Flecke und sekundär-syphilitische Exantheme, gelegentlich hervorgehoben habe. Aber eben bei einer Krankheit wie diese, wo doch das Nervensystem eine für alle so offenbare und augenscheinliche Rolle spielt, dürfte dieses Verhältnis verdienen, besondere Aufmerksamkeit zugewendet zu werden.

Vor allem gibt doch die sich immer wiederholende Affektion ganz bestimmter, oft sehr scharf begrenzter Lokalitäten nicht nur die besten Anhaltspunkte für die Diagnose des einzelnen Falles, sondern auch für eine scharfe Abgrenzung dieses Krankheitsbildes von allen anderen, dem äufseren Anscheine nach verwandten Affektionen, also für die Feststellung eines einheitlichen Krankheitsbegriffes. Bisher sind ja sicher genug verschiedene, ihrer Natur nach differente Affektionen vielfach unter der Bezeichnung Dermatitis herpetiformis veröffentlicht worden, was ja mit Leichtigkeit aus der Literatur dokumentiert werden kann. Wird doch sogar eine ätiologisch schon so spezielle Affektion wie die Dermatitis gestationis von vielen Autoren fortwährend zu dieser

Krankheit gerechnet, obschon auch das klinische Bild, genau beobachtet, ein weit verschiedenes ist, um von der Lokalisation nicht einmal zu reden!

Aber ein solches Verhältnis ist ja wissenschaftlich unbefriedigend und praktisch deutlich genug sehr unheilsam, und wenn es nicht mehr notwendig ist, wohl also verwerflich. Und notwendig ist es gar nicht, wenn man der so sehr ausgesprochenen speziellen Lokalisation dieser Krankheit die gebührende Aufmerksamkeit widmet. Man wird nämlich dann nicht leicht mehr in Gefahr kommen, diese Erkrankung und damit nicht zusammengehörige Affektionen in ein und denselben Korb zusammenzuwerfen. Zwar können immer einzelne Fälle vorkommen, wo man vorläufig zweifelnd steht, aber dann wird es sich beinahe immer zeigen, dafs es schliefslich doch kein wirklicher Fall von der hier bezeichneten Krankheit war. Beispielsweise erinnere ich mich eines Falles bei einem jungen Mädchen in meiner Hospitalsabteilung, wo ich trotz der mangelnden charakteristischen Lokalisation diese Diagnose, obschon mit Reservation, stellte. Es zeigte sich aber recht bald, dafs die Diagnose falsch war. Es entwickelte sich ein wahrer Pemphigus vulgaris, der unter Arsenbehandlung heilte. In seltenen Fällen von wahrer Dermatitis herpetiformis kann es wohl auch vorkommen, dafs die allerersten Ausbrüche der Krankheit sehr beschränkt auftreten und nicht sofort die eigentümliche Lokalisation deutlich zeigen.

Es ist bekannt, wie von französischen Verfassern, Leredde u. a., die bei dieser Krankheit so stark hervortretende Eosinophilie als Unterscheidungsmerkmal empfohlen worden ist. Diese Beobachtungen sind ja von gröfstem Interesse, und in der Regel kann man sich auch von der Richtigkeit derselben überzeugen, aber es mufs doch erinnert werden, dafs man auch bei anderen vesikulo-bullösen Krankheiten Eosinophilie vorfindet, z. B. mitunter bei Pemphigus vulgaris und foliaceus und vor allem bei der Neumannschen Krankheit und bei den Hallopeauschen Akrodermatitiden.

Von anderen speziellen Kennzeichen der Dermatitis herpetiformis hat man ja auch die Multiformität des Exanthems und den Krankheitsverlauf mit Recht hervorgehoben. Aber wenn man unter dieser Bezeichnung nicht eine Krankheitsgruppe, sondern ein einheitliches Krankheitsbild aufstellen will, mufs ich wiederholt betonen, dafs ich, nach meiner Erfahrung, von allen Unterscheidungsmerkmalen, anderen Krankheitsformen gegenüber, **die Lokalisation** als das bei weitem wertvollste ansehen mufs.

Ist es also hier den Dermatologen wirklich gelungen, ein ganz eigentümliches, einheitliches Krankheitsbild zu isolieren und klar aufzustellen, dann könnte man sich auch gern, scheint es mir, das Vergnügen gönnen,

dem ärztlichen Stande im allgemeinen dieses Krankheitsbild, von allem nicht Dazugehörigen befreit, pur und rein zu überliefern! Vielleicht dürften uns nicht nur die Praktiker, sondern auch Anatomen und Nervenphysiologen für ein solches Geschenk dankbar sein, als ein Anreiz für ihre Untersuchungen über das sympathisch-vasomotorische System. Es stellen sich ja nämlich hier verschiedene interessante Fragen.

Das gewifs ziemlich verschiedenartige sonstige Material, womit dieses Krankheitsbild bisher häufig behaftet und verdunkelt wurde, können wir uns dann weiter zu bearbeiten vorbehalten.

Obschon wir nun also recht wohl wissen, diese Krankheit von anderen zu unterscheiden, und auch recht wirksame Mittel gegen dieselbe kennen, sind unsere Kenntnisse über die eigentliche Natur der Erkrankung fortwährend ganz mangelhaft. Wir wissen mit anderen Worten nicht, was eigentlich dieses sonderbare Spiel der Hautvasomotoren in Bewegung setzt und auch die anderen begleitenden Symptome hervorruft, und ebensowenig wissen wir, warum hier immer dieselben, gewisse bestimmte Hautgebiete innervierende Nerven vorzugsweise agieren. Hierüber werden uns vielleicht später die Nervenanatomen und -Physiologen Auskünfte geben können.

Ich werde mich denn auch nicht hier bei den oft diskutierten letzten Ursachen der Krankheit mit den dabei in Betracht kommenden verschiedenen Möglichkeiten aufhalten. Erwähnen möchte ich nur, obschon damit sehr wenig gesagt ist, dafs viele meiner Patienten an chronischem Rheumatismus litten, und dafs die heftigeren Ausbrüche in der Regel von rheumatischen Schmerzen begleitet waren. Zwei Patienten berichteten auch unaufgefordert, dafs sie bei einem drohenden Gewitter immer von ganz besonders starken Ausbrüchen befallen werden.

Die Krankheit tritt, wie bekannt, am häufigsten in den kräftigsten Jahren auf, aber mitunter auch schon bei Kindern, wie z. B. in dem einen hier in der Figur 3 abgebildeten Falle, wo die Affektion im sechsten Jahre aufgetreten ist, und andererseits hatte ich vor ein paar Jahren in meiner Abteilung einen schweren Fall bei einem 76jährigen Manne, wo die Krankheit mit dem 69. Lebensjahre zum Vorschein gekommen war. Dieser Mann lebt noch und leidet fortwährend, also 78 Jahre alt, an Dermatitis herpetiformis.

Bei der Behandlung sehe ich, wie Duhring, die beste Wirkung von Schwefelsalben, und zwar von ziemlich stark prozentierten, mitunter vorteilhaft mit Thiolpinselungen abwechselnd. Innerlich gebe ich Brommittel und Antirheumatica, und mitunter mit gutem Erfolg Lebertran, um die Ernährung, namentlich des Nervensystems, möglichst zu heben. Gleichzeitig ist selbstverständlich körperliche und geistige Ruhe, am liebsten im Hospital, sehr zu empfehlen.

Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom.

Von

Dr. FERDINAND WINKLER-Wien.

Mit einer Abbildung im Text.

Beim Studium des von STEFAN LEDUC in die Elektrologie eingeführten intermittierenden Gleichstromes von niedriger Spannung fand ich, dafs er imstande sei, lokal eine Verminderung der Empfindungsqualitäten herbeizuführen, und dafs sich diese Beobachtung in der Dermatologie praktisch verwerten lasse.

Die Arbeiten von LEDUC[1] haben gezeigt, dafs man mit Hilfe dieses Stromes sowohl beim Tiere wie beim Menschen eine völlige Hemmung der Gehirntätigkeit hervorrufen kann, und dafs unter der Einwirkung des Stromes auf das Gehirn ein der Chloroformanästhesie analoger Zustand eintritt, den er als „Sommeil électrique“ bezeichnet; das Versuchsobjekt bleibt ruhig, ohne irgendwelche willkürliche Bewegung und ohne Abwehrversuche selbst bei den schmerzhaftesten Erregungen; nur einige Reflexbewegungen, die Atemtätigkeit und die Herzaktion bleiben bestehen. Dieser Zustand kann durch mehrere Stunden fortgesetzt erhalten werden und verschwindet sofort bei Aufhören des Stromes.

Der zu dieser elektrischen Narkose verwendete Strom ist ein Gleichstrom, der während einer gewissen Zeit fliefst, dann aufhört und wieder zu fliefsen beginnt, um in regelmäfsigen Intervallen wieder aufzuhören. Man bezeichnet den Zeitraum zwischen zwei identischen und aufeinander folgenden Punkten der Stromkurve, also etwa zwischen zwei aufeinander folgenden Stromschliefsungen, als eine Periode; wenn zum Beispiel in jeder Sekunde hundert Stromschliefsungen erfolgen, so beträgt die Periode eine hundertstel Sekunde; der Strom tritt hundertmal in der Sekunde auf und verschwindet ebenso oft. Wenn die Zeit zwischen der Stromschliefsung und zwischen der Stromöffnung, also die Durchfliefsungsdauer jedes Stromteils, ein Zehntel der Periode beträgt, so fliefst der Strom

---

[1] ST. LEDUC, Comptes rendus de l'Acad. des sciences. Paris, Juli 1902. — Comptes rendus des séances du II. Congrés international de l'électrologie et de radiologie médicales. Bern 1902. S. 536. — *Zeitschrift f. Elektrotherapie.* 1903. S. 374. — Verhandlungen der Meraner Naturforscherversammlung. 1905. S. 421. — *Presse médicale.* 1907. Nr. 17.

jedesmal eine tausendstel Sekunde durch. Der Strom steigt jedesmal senkrecht von Null zu seinem Maximum an und fällt ebenso vom Maximum senkrecht zu Null herab.

Man erhält den Strom durch Benutzung irgend einer Gleichstromquelle mittelst eines von LEDUC konstruierten Unterbrechers. Er besteht aus einer durch einen kleinen Motor angetriebenen, rotierenden Scheibe, auf der sich vier Metallstücke befinden, die durch Isolationsmaterial von einander getrennt sind. Auf dem Umfange der Scheibe schleifen zwei Metallbürsten, von denen die eine beweglich ist; man kann nun die beiden Bürsten so einstellen, dafs sie zu gleicher Zeit ein Kontaktstück berühren und zu gleicher Zeit wieder verlassen. In diesem Falle ist der Strom nur während der kurzen Zeit unterbrochen, innerhalb welcher die Bürsten über die Isolierflächen gleiten. Entfernt man die bewegliche Bürste durch Drehen ihres Trägers von der festen Bürste, so wird die Zeit, während welcher die beiden Bürsten auf dem Kontaktstück schleifen, umsomehr verkürzt, je gröfser die Entfernung zwischen den Bürsten gewählt wird. Es läfst sich also durch richtige Wahl der Entfernung zwischen beiden Metallbürsten die Stromdurchfliefsungsdauer auf einen beliebigen Bruchteil der Periode einstellen.

Man sieht leicht, dafs bei jeder Umdrehung der Scheibe der Strom viermal geschlossen und viermal unterbrochen wird; um die Zahl der Unterbrechungen in der Zeiteinheit zu kennen, mufs man also die Zahl der Umdrehungen in der Zeiteinheit mit vier multiplizieren.

Mittels eines in den Motor eingeschalteten Widerstandes reguliert man die Schnelligkeit des Motors und damit die Zahl der Umdrehungen der Scheibe. Die Umdrehungszahl läfst sich leicht mittelst eines Tourenzählers (Tachymeter) bestimmen.

Die Intensität des Stromes bestimmt man durch ein Milliampèremeter; man stellt damit sowohl die absolute, bei nicht intermittierendem Strom vorhandene Intensität fest, wie auch die vom intermittierenden Strom gegebene Stromstärke; selbstverständlich ist das Milliampèremeter nicht in jenen Stromkreis eingeschaltet, welcher den Motor des Unterbrechers speist, sondern in jenen, von dem die Elektroden abzweigen.

Um den gewünschten Periodenabschnitt zu regeln, schliefst man zunächst den Stromkreis, in welchen das Milliampèremeter eingeschaltet ist, auf einen nicht polarisierbaren Widerstand und läfst durch den Stromkreis eine bestimmte Strommenge, etwa von 20 Milliampères, hindurchgehen; dann setzt man den Unterbrecher in Tätigkeit und ändert die Stellung der beweglichen Bürste solange, bis die Nadel des Milliampèremeters zwei Milliampères anzeigt. Da die Schwingungsperiode der Galvanometernadel viel gröfser ist als jede einzelne Periode des Stromes, bleibt die Nadel vollkommen ruhig, und ihre Abweichungen

geben genau die durchfliefsenden Elektrizitätsmengen an. In unserem Falle, in dem die Nadel einen Ausschlag von zwei Milliampères anzeigt, ist das Verhältnis der Durchfliefsungsdauer zur Gesamtperiode 2 : 20 = 1 : 10. Der Strom fliefst nur während des zehnten Teiles einer Periode durch und ist während der übrigen neun Zehntel der Periode unterbrochen; diese Einstellung ist jene, welche LEDUC bei seinen Versuchen über den elektrischen Schlaf als beste gefunden hat, und deren ich mich bei meinen Versuchen bedient habe.

LEDUC gibt an, dafs sich bei seinen Versuchen eine Unterbrechungszahl von 100 in der Sekunde am besten bewährt hat, und auch meine Versuche haben gezeigt, dafs diese Unterbrechungszahl nicht überschritten werden soll.

Die auf diese Weise erzeugten intermittierenden Ströme von geringer Spannung sind ein ausgezeichnetes Mittel zur Erregung von Nerven und von Muskeln, und die vergleichenden Versuche von LEDUC haben ergeben, dafs der durch den intermittierenden Strom erzeugte Reiz bei gleicher Empfindung auf der Hautoberfläche viel tiefer reicht, als der vom faradischem Strome hervorgerufene.

Die leichte Mefsbarkeit der intermittierenden Ströme sowohl hinsichtlich der Spannung wie hinsichtlich der Intensität räumt ihnen überdies von vornherein den Vorzug vor den faradischen Strömen ein und bringt es mit sich, dass ihre Verwendnng für die Elektrodiagnostik unentbehrlich wird.

Die hohe Bedeutung, die den LEDUCschen Strömen für die Physiologie zukommt, erhellt aus der oben erwähnten Beobachtung, dafs Tiere bei Durchleitung des Stromes durch das Zentralnervensystem in Schlaf verfallen. Die Kathode wird auf den rasierten Kopf zwischen Augen und Ohren, die Anode in Form einer grofsen Platte auf den geschorenen Rücken gebracht und mittels elastischer Bänder an die Haut angedrückt Wenn man die Stromstärke langsam ansteigen läfst, so sieht man nach drei bis fünf Minuten, dafs das Tier den Kopf senkt, auf die Seite fällt und unbeweglich wird; es antwortet nicht mehr auf Schmerzreize und befindet sich in einem Zustande der allgemeinen Anästhesie, so dafs man an ihm jeden operativen Eingriff vornehmen kann. Beim Kaninchen genügt zur Herbeiführung dieses Schlafes eine Stromspannung von sechs bis acht Volt und eine Stromstärke von ein bis zwei Milliampères im intermittierenden Stromkreise, die nach den früheren Darlegungen einer Stromstärke von 10 bis 20 Milliampères im nicht unterbrochenen Stromkreise entsprechen. Läfst man die Einwirkung des Stromes plötzlich aufhören, so erwacht das Tier augenblicklich, ist munter und frisch und zeigt keine Folgeerscheinungen. Man kann das Tier ohne Schaden stundenlang in der elektrischen Narkose halten und kann den

Versuch beliebig oft wiederholen. Geht man aber bei Erzielung des Schlafes beim Tiere noch weiter mit der Stromstärke hinauf, so kommt es zur Sistierung der Atmung, während das Herz noch eine halbe bis eine Minute hindurch fortschlägt. Es genügt in dieser Zeit eine leichte Verminderung des Stromes, um die Respiration wieder eintreten zu lassen; eine geringe Steigerung der Stromstärke ruft den Atmungsstillstand wieder hervor. Wenn Atmung und Herztätigkeit sistiert sind und trotz Ausschaltung des Stromes nicht wiederkehren, so kann man noch innerhalb der nächsten zwei bis drei Minuten sowohl die Herztätigkeit wie die Atmung durch rhythmische Reizung der Hirnrinde wieder hervorrufen, indem man alle zwei bis drei Sekunden den Stromkreis schliefst; jede Schliefsung veranlafst einen allgemeinen Tetanus mit tiefer Inspiration, auf welche nach der Öffnung des Stromkreises eine Exspiration folgt; nach einigen Schliefsungen beginnt das Herz wieder zu schlagen, und die Respiration stellt sich wieder ein. Sind nach Eintritt des Atmungsstillstandes mehr als drei Minuten verlaufen, so ist die Hirnrinde unerregbar geworden, und das Tier geht zugrunde.

Leduc hat auch an sich selbst ähnliche Versuche ausgeführt. Er beschreibt, dafs an den Eintrittsstellen des unterbrochenen Stromes eine unangenehme, aber erträgliche Schmerzempfindung auftritt, die sich allmählich beruhigt und trotz des Ansteigens des Stromes nachläfst. Das Gesicht rötet sich, es treten leichte Muskelkontraktionen und fibrilläre Zuckungen im Gesichte, am Halse und am Vorderarm auf, es kommt zum Gefühl des Ameisenlaufens in den Fingern und den Zehen, endlich tritt die Hemmung der Sprache und die Hemmung der motorischen Zentren auf. Auch auf die schmerzhaftesten Reize erfolgt jetzt keine Reaktion; der in den Stromkreis eingeschlossene Mensch ist von seiner Umgebung gleichsam abgeschnitten. Der Puls zeigt keine Änderung, die Atmung ist etwas erschwert.

Leduc berichtet, dafs er bei der maximalen Stromstärke alles um sich wie in einem Traume hörte, er hatte das Bewufstsein seiner Unfähigkeit, sich zu bewegen und sich seinen Kollegen mitzuteilen; er fühlte die Berührung, das Kneifen und die Stiche in die Haut des Vorderarmes wie an einem tief eingeschlafenen Gliede. Als sehr unangenehm empfand er das allmähliche Verschwinden seiner Bewegungsfähigkeit; er vergleicht dieses Gefühl mit einem Alpdruck, bei dem man trotz des Vorhandenseins einer grofsen Gefahr weder schreien noch eine Bewegung ausführen kann.

In einem zweiten Selbstversuche wurde der Versuch gerade vor dem Eintreten des vollständigen Bewufstseinverlustes und der vollständigen Unterdrückung der Empfindung unterbrochen. Die Spannung betrug 35 Volt und die Intensität im unterbrochenen Strom vier Milliampères. In

zwei folgenden Versuchen blieb LEDUC zwanzig Minuten unter der Einwirkung des Stromes.

Nach Öffnung des Stromes ist auch beim Menschen das Erwachen unmittelbar; man spürt keine Folgeerscheinungen, vielleicht sogar ein Gefühl der Frische und des Wohlbehagens.

Im weiteren Verlaufe seiner Studien konnte LEDUC auch eine lokale Anästhesie durch den intermittierenden Strom erzielen. Er legte auf den Nervus medianus am Handgelenk eine kleine Elektrode, die er mit der Kathode verband, und auf irgend einen indifferenten Punkt des Körpers eine Anode von grofsen Dimensionen. Bei langsamer Steigerung der Stromintensität entstand bei dieser Anordnung das Gefühl des Ameisenlaufens in den Fingern und in der ganzen vom Medianus innervierten Region unterhalb der Elektrode; endlich war die Sensibilität so vermindert, dafs die Versuchsperson bei geschlossenen Augen nicht zu sagen vermochte, ob man sie steche, kneife oder schneide; die lokale Anästhesie war vollständig.

LEDUC bemerkt, dafs sich dieser Versuch nur bei solchen Nerven ausführen lasse, die gerade unter der Haut liegen; bei anderen Nerven, die tiefer liegen, sei durch die zwischen ihnen und der Haut gelegenen Muskeln, welche bei Einwirkung des Stromes in Kontraktion geraten, der Eintritt der lokalen Anästhesie gehindert; dadurch sei vorderhand die Verwertung dieses Versuches in der Praxis ausgeschlossen.

Weitere Mitteilungen über die Wirkungen des intermittierenden Gleichstromes liegen von LUDWIG MANN[2] vor; er verwendete zur Unterbrechung des konstanten Stromes ein von LEOPOLD BATSCHIS konstruiertes Uhrwerk, das durch eine Schraube reguliert werden kann und den Strom 7—800 mal, beim schnellsten Gange bis 1400mal in der Minute rhythmisch unterbricht. Er konnte feststellen, dafs sich der maximal unterbrochene Strom in normalen wie in pathologischen Fällen genau so verhält wie der gewöhnliche ununterbrochene galvanische Strom, nur im Moment der Schliefsung und Öffnung reizt und in pathologischen Fällen genau dieselben Veränderungen der Zuckungsformen und der Reihenfolge der Zuckungen zeigt wie der galvanische Strom. Bei geringerer Unterbrechungsgeschwindigkeit dagegen erwies sich der intermittierende Strom als ein tetanisierender Strom, ganz wie der faradische Strom.

Was die Einwirkung des intermittierenden Stromes auf die sensiblen Nerven betrifft, so empfiehlt der Konstrukteur des von MANN benutzten Apparates, LEOPOLD BATSCHIS in Naumburg, folgende Anordnung. Er legt eine angefeuchtete Manschette um das Handgelenk und eine kleine

---

[2] LUDWIG MANN, Ein neuer elektromedizinischer Apparat. *Zeitschrift f. mediz. Elektrologie u. Röntgenkunde.* 1907. IX. S. 97.

gebogene angefeuchtete Elektrode um das dritte Glied eines Fingers derselben Hand, verbindet die Handgelenkselektrode mit dem negativen und die Fingerelektrode mit dem positiven Pole und führt, wenn der Unterbrecher in Tätigkeit ist, zwei bis drei Milliampères Strom zu. Nach einer Minute ist der über die Fingerelektrode hinausragende Teil des Fingers, also das erste und das zweite Fingerglied, vollständig empfindungslos, so dafs man die Haut schmerzlos durchstechen kann.

Mann gibt an, diesen Versuch wiederholt in der vorgeschriebenen Weise gemacht zu haben, mit verschiedener Geschwindigkeit des Unterbrechers und verschiedener Stromspannung, oft so hoher Spannung, dafs der Strom gerade nur noch erträglich war, etwa 15 bis 20 Volt; er habe aber niemals, auch bei Einwirkung von fünf Minuten und darüber, eine vollkommene Analgesie erzielen können; allerdings sei die Schmerzempfindlichkeit stets erheblich abgestumpft gewesen, so dafs sehr oberflächliche, leichte Nadelstiche oft mit einfachen Berührungen verwechselt wurden; bei einigermafsen tieferen Stichen sei die Schmerzhaftigkeit stets durchaus deutlich gewesen. Die Empfindung für Berührung war in den Mannschen Versuchen ebenfalls nicht vollkommen aufgehoben, wenn auch sehr leise Berührungen nur ganz undeutlich empfunden wurden; die Temperaturempfindung blieb stets erhalten, wenn sie auch beeinträchtigt war. Bei sehr rascher Rotation des Unterbrechers, bei der am motorischen Nerven kein Tetanus auftritt, fand Mann die Einwirkung auf die Sensibilität noch viel geringer; er empfand dann nur ein leichtes Summen, und alle Empfindungsqualitäten oberhalb der Elektrode erschienen durchaus intakt.

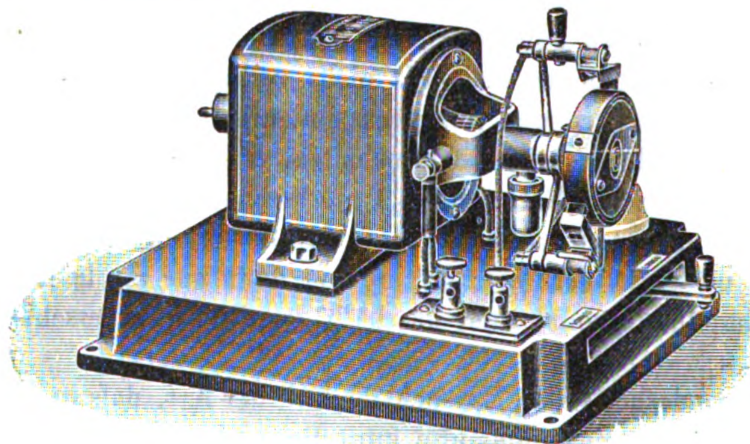
Mann wiederholte den Versuch auch in der Art, dafs er die Elektrode direkt auf den Nervenstamm, also zum Beispiel auf den Medianus direkt über dem Handgelenk, aufsetzte; auch hierbei war in seinen Versuchen die Beeinflussung der Hautsensibilität in der Ausbreitung des Nerven nicht stärker, als die oben beschriebene.

Wenn also auch die interessanten Angaben von Leduc in den Versuchen von Mann keine vollständige Bestätigung gefunden haben, so ist doch ersichtlich, dafs eine Verringerung der Hautempfindlichkeit unter der Einwirkung des intermittierenden Stromes unter Einhaltung gewisser Versuchsbedingungen eintreten kann. Es schien der Mühe wert, zu versuchen, ob dieses Phänomen der Hypalgesie aus dem Bereiche des physiologischen Versuches herausgehoben und für praktische Zwecke verwendbar gemacht werden könne. Hier setzten nun meine Versuche ein.

Ich arbeitete mit einem nach den Angaben von Leduc von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellten Unterbrecher (s. Figur), dessen geringste Tourenzahl bei dem von mir verwendeten Widerstande 864 Umdrehungen und dessen gröfste Tourenzahl 2060

Umdrehungen in der Minute beträgt; die Unterbrechungszahl in der Sekunde beträgt somit 56 bis 138. Die Stellung der Bürsten wird so gewählt, daſs die Durchflieſsungsdauer ein Zehntel der Periode beträgt, und als Stromquelle ein von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall erzeugter Anschluſsapparat an den Straſsenstrom benutzt; auch der Unterbrecher wird, unabhängig von dem Anschluſsapparat, von dem Straſsenstrom gespeist.

Zunächst wiederholte ich den von LEDUC angestellten Versuch, die Anode auf die Mitte des Handgelenks zu legen, während sich die Kathode in Form einer groſsen Elektrodenplatte als indifferente Zone auf dem Brustbein befand. Die Angaben von LEDUC, daſs in den vom Medianus innervierten Fingern eine sehr markante Herabsetzung der Sensibilität nachzuweisen sei, erwies sich als richtig; die Hypästhesie hielt aber nur so lange an, als der Stromkreis geschlossen war; bei Öffnung des Stromkreises verschwand sie sofort.



Auch der von dem Konstrukteur des Apparates, mit dem MANN arbeitete, beschriebene Versuch ergab bei der Wiederholung ein entsprechendes Resultat. Am besten gelang er mir bei folgender Anordnung: Das Handgelenk wird mit einer dichten Lage gut befeuchteter Watte umwickelt, ebenso wird die erste Phalange des Mittelfingers derselben Hand mit feuchter Watte umhüllt; auf das Handgelenk wird die Kathode, auf die Phalange die Anode gedrückt und der intermittierende Strom so eingestellt, daſs bei der Durchflieſsungsdauer von einem Zehntel der Periode die Intensität 1—1½ Milliampères beträgt. Nach einer Minute ist die Sensibilität des oberhalb der Watteumhüllung liegenden Teiles des Mittelfingers sehr wesentlich vermindert. Dabei zeigte sich nun, über die Angaben von LEDUC und MANN hinausgehend, daſs auch die Zone zwischen den Elektroden eine gleichmäſsig verminderte Empfindlichkeit aufwies, und diese Beobachtung gab den Anlaſs zu Versuchen, ob nicht

die zwischen den Elektroden auftretende Hypästhesie der Haut zu praktischen Zwecken verwendet werden könne.

Legt man auf die Beugefläche des Vorderarmes zwei kleine scheibenförmige, mit Wasser gut durchfeuchtete Elektroden, die mittels elastischer Bänder an die Haut angedrückt werden, und läſst den intermittierenden Strom langsam bis auf zwei Milliampères — also bei nicht unterbrochenem Stromkreise einer Intensität von zwanzig Milliampères entsprechend — ansteigen, so tritt eine tetanische Kontraktion der vom Strom getroffenen, unmittelbar unter der Haut befindlichen Muskulatur ein, und die über dieser Muskelpartie befindliche Haut wird anästhetisch.

Der Grad der Anästhesie hängt von der Stellung der Elektroden gegeneinander ab; die Empfindlichkeit erweist sich viel stärker herabgesetzt, wenn die Kathode zentral und die Anode peripher liegt; es entspricht diese Position der Anordnung der Elektroden in dem oben angeführten Versuche von Batschis. Aber auch bei der umgekehrten Stellung der Elektroden ist in der zwischen ihnen liegenden Hautzone die Empfindlichkeit bedeutend vermindert, freilich nicht so stark wie bei der entgegengesetzten Stellung.

Weiter hängt der Grad der Anästhesie von dem Kontraktionszustand des unmittelbar unter der Haut befindlichen Muskels ab; über Knochen, wie über dem Sternum und über der Tibia, ist die Hypästhesie nicht zu erzielen.

Daſs aber der Kontraktionszustand der unter der Hautstelle befindlichen Muskulatur nicht allein maſsgebend ist, zeigt der Versuch, die durch den intermittierenden Gleichstrom analgetisch gewordene Hautstelle nach Aufhören des Stromes ohne Änderung der Elektrodenstellung, also unter gleichen Bedingungen, der Faradisation auszusetzen, und zwar in der Art, daſs die betreffende Muskelpartie, ähnlich wie beim intermittierenden Gleichstrom, in tetanische Kontraktion gerät. Trotzdem das Gefühl der Spannung der Haut annähernd gleich ist dem Zustand der Haut beim Durchgehen des intermittierenden Gleichstroms, so ist doch von irgendwelcher Verminderung der Empfindungsqualitäten in der vom Strom durchflossenen Hautpartie keine Rede. Dies ist um so bemerkenswerter, als Mann den wenig frequenten intermittierenden Gleichstrom gerade in bezug auf den Tetanisierungseffekt dem Induktionsstrom gleichstellt.

Fettschichten scheinen den Eintritt der Hypästhesie nicht zu beeinflussen.

Es scheint jedenfalls, daſs zum Eintritt der Hypästhesie eine gewisse Spannung der Haut durch die Kontraktion der Muskulatur nötig ist. Damit erklärt sich auch, daſs der Versuch besser gelingt, wenn die Tourenzahl des Unterbrechers gering ist, sich etwa zwischen 50 und 100 befindet. Bei gröſserer Unterbrechungszahl tritt, wie auch Mann hervor-

gehoben hat, kein Tetanisierungseffekt auf; beim Fehlen der Tetanisierung fehlt auch die Entstehung der Hypästhesie.

Die Hypästhesie bezieht sich zunächst auf den Schmerzsinn; Stechen, Kneifen, Schneiden werden bei gelungenem Versuche nicht als schmerzhaft, höchstens als Berührung empfunden, und das Versuchsobjekt ist nicht imstande, die einzelnen Arten der Berührung von einander zu differenzieren.

Doch ist daraus nicht zu schliefsen, dafs die durch die Tetanisierung hervorgerufene Spannung der Haut gewissermafsen mechanisch die Herabsetzung des Schmerzsinnes veranlafst, einerseits spricht dagegen der oben angeführte Faradisierungsversuch, anderseits ein Versuch von GOLDSCHEIDER,[3] dafs durch spannende Turgeszenz die Tast- und Schmerznerven in eine höhere Erregung versetzt werden.

Noch charakteristischer ist die Änderung des Temperatursinnes. Bringt man an die zwischen den Elektroden befindliche Haut eine mit heifsem Wasser gefüllte Eprouvette, so tritt zwar die Empfindung der Wärme auf, der Temperaturschmerz fehlt aber vollständig; es ist dies übrigens ein neuer Beweis für die schon von GOLDSCHEIDER[4] angeführte Tatsache, dafs der Wärmeschmerz aus zwei Empfindungsqualitäten, der Temperaturempfindung und aus der schmerzhaften Erregung der Tastnerven, zusammengesetzt sei, und dafs gerade dieser Schmerz durch die Temperaturnerven nicht perzipiert werde.

Es erinnert dies an die von DONATH[5] mitgeteilten Beobachtungen von Störungen der Wärmeschmerzempfindung bei Tabes; manche Tabiker ertragen starke Hitze, die den Gesunden unerträglich wäre, und erklären die Berührung mit einer solchen für einfach warm.

Zum Gelingen der hier beschriebenen Versuche ist notwendig, dafs die beiden Elektroden nicht zu weit — etwa zwei bis drei Zentimeter — von einander entfernt sind, dafs sie an die Haut gut gedrückt werden und dafs der Strom langsam bis zum Gefühl der Spannung in der Haut einschleiche. Zumeist kommt man mit ein bis zwei Milliampères aus, nur in einzelnen Versuchen mufste ich bis auf vier Milliampères hinaufgehen. Wenn der Spannungszustand in der Haut und die damit zusammenfallende Verminderung des Schmerzsinnes eingetreten sind, kann man die Stromstärke herabsetzen, so dafs man die Intensität bis auf ½ Milliampères senken kann, ohne die Anästhesie zu vermindern; bei dem weiteren Ausschleichen des Stromes erhöht sich mit dem Nachlassen des Spannungszustandes der Haut die Sensibilität der Haut, bis sie bei der Stromstärke Null die frühere Höhe erreicht hat.

---

[3] *Gesammelte Abhandlungen.* Leipzig 1898. I. Bd. S. 45.
[4] *Gesammelte Abhandlungen.* Leipzig 1898. I. Bd. S. 72.
[5] *Archiv f. Psychiatrie.* XV. 1884.

Interessant gestaltet sich der Versuch, eine juckende Hautstelle zwischen die Elektroden zu bringen. Es ist nach dem Frühergesagten sehr begreiflich, daſs während des Stromdurchgangs das Juckgefühl ganz verschwindet; es ist aber nicht so leicht zu erklären, daſs auch nach dem Aufhören des Stroms das Juckgefühl an der betreffenden Stelle verschwunden bleibt. Man kann sich bei Urticaria und bei Pruritus localis leicht davon überzeugen. Dabei ist zu bemerken, daſs nach dem Aussetzen des Stromes das Juckgefühl verschwunden bleibt, während die normalen Empfindungsqualitäten alle sämtlich im Augenblicke wiederkehren.

Vorläufig möchte ich in bezug auf diese Beobachtungen bemerken, daſs das Juckgefühl nach den Auseinandersetzungen von Goldscheider[6] dem Kitzelgefühl analog ist, welches der Ausdruck sehr schwacher Reize ist und von der stromdurchflossenen Stelle aus nicht mehr percipiert wird. Dazu kommt noch die bekannte Erfahrung, daſs sowohl das Kitzelgefühl wie das Juckgefühl durch starke Hautreize aufgehoben wird; deshalb verwenden wir auch die Faradisation mit gutem Erfolge als juckstillendes Mittel, eine Methode, die erst neuerdings wieder von Bouveyron[7] lebhaft empfohlen wurde.

Die juckstillende Wirkung teilt der intermittierende Strom übrigens mit der Büschelentladung bei der Franklinisation und der Arsonvalisation; beide rufen eine Verminderung der Schmerzempfindung in dem vom Büschelkegel getroffenen Hautbezirke hervor und wirken, wie Leloir und Doumer,[8] sowie Monell[9] und Oudin[10] gezeigt haben, auffallend juckstillend. Von der analgetischen Wirkung der Büschelentladung hat bekanntlich Doumer[11] bei seiner Methode der Behandlung der Analfissuren und der Hämorrhoiden Gebrauch gemacht, und Billinkin[12] hat Versuche veröffentlicht, in denen er unter der analgesierenden Wirkung der Büschelentladung Hämorrhoidaloperationen vornahm.

Meine eigenen Versuche, welche die Verwertung der analgesierenden Eigenschaften der statischen Elektrizität zum Zwecke hatten, haben aber gezeigt, daſs die analgetischen Effekte nur auf Schleimhäuten zustande kommen; die äuſsere Haut zeigt keine Herabsetzung des Schmerzsinnes, wohl aber eine Herabsetzung des Juckgefühls; ich habe deshalb zu wiederholten Malen die statische Elektrizität als eminent juckstillendes

---

[6] *Gesammelte Abhandlungen.* Leipzig 1898. I. Bd. S. 202.
[7] *Annales d'électrobiologie.* 1902. S. 569.
[8] Compt. rend. de l'acad. des sciences. 1893.
[9] *Med. Record.* 18. Nov. 1893.
[10] Société franç. d'électrothérapie de Paris. März 1895.
[11] *Presse médicale.* 1897.
[12] II. Intern. Kongreſs f. Elektrologie. Bern 1902. S. 619.

Mittel empfohlen; zur Herbeiführung analgetischer Effekte zeigt sie sich unverwendbar.

Anders steht es mit dem intermittierenden Gleichstrom. Die Beeinflussung des Schmerzsinnes zwischen den Elektroden ist so deutlich, daſs man die Methode bequem zur Herabsetzung der Hautempfindlichkeit bei elektrolytischer Epilation verwenden kann. Man muſs nur die Vorsicht gebrauchen, kleine Elektroden zu verwenden, sie stets nur im Bereiche eines einzigen Muskels auf die Haut aufzusetzen und zur Epilation einen zweiten Stromkreis, etwa eine kleine Batterie, zu verwenden. Die Kathode dieses zweiten Stromkreises wird mit der Epilationsnadel in Verbindung gesetzt, die Anode an einen indifferenten Punkt des Körpers gelegt. Der Nadelhalter ist mit einer Unterbrechungsvorrichtung versehen, so daſs die Nadel bei geöffnetem Stromkreise in den Haartrichter eingeführt und der Strom erst nach Einführung der Nadel geschlossen wird. Es genügt ein Milliampère zur Elektrolyse der Haare. Sowohl die Einführung der Nadel in den Haartrichter wie auch die Stromschlieſsung innerhalb des Haartrichters erfolgen schmerzlos. Höhere Stromstärken empfehlen sich bei diesem Versuche nicht, weil leicht Stromschleifen auf andere nicht insensibilisierte Stellen überspringen und Schmerzempfindungen hervorrufen können.

Auch bei dem Versuche, die analgesierenden Wirkungen des intermittierenden Gleichstromes bei der Elektrolyse von Haaren im Gesichte zu verwenden, zeigt es sich, daſs die Kathode des unterbrochenen Gleichstromkreises zentral und die Anode peripher liegen soll; auch hier ist der Grad der Analgesie von dem durch die Kontraktion der getroffenen Muskeln bedingten Spannungszustande der Haut abhängig. Daraus ergibt ich die oben berührte Notwendigkeit, bei Verwendung des Verfahrens im Gesichte sehr kleine Elektroden zu benützen und vor der Elektrolyse den Grad der Unempfindlichkeit der Haut zu prüfen.

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer.

Sitzung vom 24. April 1907.

Finger zeigt die **ulceröse Affektion des Pharynx**, deren Diagnose zwischen Lues und Tuberkulose schwankte, in ihrem Verlaufe. Sie heilte durch Jod vollkommen aus.

Ehrmann stellt vor:

1. ein **akneiformes Tuberkulid**, ähnlich einer Prurigo, mit exulcerierten follikulären Knötchen an den Streckseiten der Extremitäten. Halslymphdrüsenschwellung. Auf Alttuberkulin allgemeine und lokale Reaktion.

2. einen 25jährigen Mann mit einem **Lupus erythematodes disseminatus** im Gesicht, an den Ohren und Lippen. Daneben Drüsenpakete, die sich vom Nacken über den Hals bis zu den Claviculae erstrecken. Auf Alttuberkulin allgemeine und lokale Reaktion. Am Körper, ähnlich wie in dem jüngst vorgestellten Falle Weidenfelds, ein **papulo-nekrotisches Tuberkulid.**

3. einen Mann, der mit akutem Ekzem in Behandlung steht, nebstbei aber am Gesäfs und der Hinterseite der Oberschenkel baumförmige, livide Zeichnungen zeigt, wie sie infolge einer **Endarteriitis luetica** der kleinsten Hautgefäfse aus der Cutis marmorata hervorgehen. Für die Lues des Patienten sprechen die polyzyklischen Narben an beiden Unterschenkeln.

Reines (Abt. Prof. Ehrmann) demonstriert bei einem zwölfjährigen Knaben eine seit drei Wochen bestehende **Pityriasis lichenoides.** Über Stamm und Extremitäten ausgebreitet ein polymorphes Exanthem mit hirsekorn- bis linsengrofsen, wachsartig glänzenden Knötchen und einzelnen, leicht schuppenden Flecken. Kein Jucken.

Ein zweiter Fall der Abteilung ist jetzt auf der Klinik Finger und zeigt auf dem stark pigmentierten Hals ein **Leukoderma.**

Spiegler zeigt:

1. eine 57jährige Frau mit einem **tuberkulösen Geschwür** unter dem rechten Augenlid; daneben Caries des rechten Vorderarmes. Die Patientin wird der vielfach gerühmten Behandlung mit direktem Sonnenlicht zugeführt werden.

2. einen **Lupus vulgaris follicularis,** der ähnlich einer Acne rosacea aussieht. Die Lungen sind frei.

Nobl demonstriert:

1. einen seit acht Wochen am Kinn einer 34jährigen Frau bestehenden Knoten, der knorpelhart, kreisförmig, scharf begrenzt, im Zentrum eine leicht vertiefte Borke trägt. Es dürfte sich um ein **Molluscum contagiosum giganteum** handeln, das gegen eine Sklerose, einen fibrösen Naevus, ein Epitheliom abzugrenzen wäre. (Die vorbehaltene histologische Untersuchung bestätigte keineswegs diese Annahme, sondern ergab ein derbes, wohl traumatisch im Zentrum ulceriertes **Fibrom**).

2. eine **Tuberculosis miliaris cutis ulcerosa** bei einem 80jährigen, kräftigen Mann mit gesunden Lungen in der Perianalgegend. Um den Anus mehrere erbsen- bis kronengrofse Geschwüre mit steilen, unterminierten Rändern und ausgenagtem, blassem Grunde; in der Umgebung mehrere akneiforme Knötchen mit zentraler Nekrose und Zerfall. Keine Fistelbildung. Mikroskopisch im Gewebe typische Epitheloidzellentuberkel mit Riesenzellen. Es handelt sich bei dem seit 1½ Jahren bestehenden Prozefs wohl um eine exogene Infektion, da ein kreuzergrofser Lupus verrucosus am rechten Vorderarm und eine tuberkulöse Erkrankung des Larynx erst seit wenigen Monaten bestehen.

E. Spitzer (Ambul. Oppenheim) demonstriert:

1. einen **Lichen scrophulosorum** mit Skrophuloderma am Halse.

2. **Lupus vulgaris** am linken Ellenbogen und rechten Vorderarm, kombiniert mit teils erweichten subcutanen, teils schon ulcerös zerfallenen Gommes scrophuleuses am linken Vorderarm.

Oppenheim zeigt einen 36jährigen Geschäftsdiener, der seit zehn Jahren an **drei Hautaffektionen** leidet, die sich vielleicht von einem einheitlichen Gesichtspunkte vereinigen lassen. An den Dorsalseiten der Finger braunrote, derbe Knötchen, die bis an die Nagelwälle reichen und daselbst mit Blasen bedeckt sind. Am Stamm und den Extremitäten neben Pigmentationen zahlreiche blauviolette, zum Teil zerfallene Knötchen. Die Nase zeigt Gefäfsektasien und ist ebenso wie die Ohren blaurot verfärbt. An der Kopfhaut diffuser Haarausfall, dazwischen zahlreiche kleine, follikuläre

Knötchen mit gelben Borken. Man könnte an den Fingern Lupus pernio, am Stamm Acne cachecticorum, am Kopfe Folliculitis decalvans diagnostizieren, vielleicht aber besser alle drei Krankheitsbilder unter dem einheitlichen Gesamtbegriff eines Tuberkulids vereinigen.

Diskussion: Ehrmann möchte die Affektion nicht als akneiformes Tuberkulid sondern als Acne cachecticorum im Sinne der Alten auffassen, da hier follikuläre Eiterungen, aber keine Nekrose vorliegen; dasselbe gilt von den Knötchen an der Kopfhaut. An der Nase sieht die Veränderung wie ein beginnender Lupus pernio aus.

Spiegler hält die Affektion am Kopfe für eine Acne necroticans an einer seborrhoischen Haut, deren Zugehörigkeit zu den Tuberkuliden sehr zweifelhaft erscheint.

Scherber stellt (aus der Klinik Finger) einen 28jährigen Kellner mit einer **Pityriasis lichenoides chronica**, die ziemlich gleichmäfsig Stamm und Extremitäten einnimmt und sowohl aus den typischen Knötchen als aus lachsroten, nach abwärts zu mehr lividen, in toto leicht schuppenden Flecken zusammengesetzt ist. Das Exanthem besteht seit zwei Jahren, erleidet im Frühjahr, wie eben jetzt, juckende Nachschübe.

Diskussion: Finger. Wenn auch im allgemeinen die Pityriasis lichenoides konstant bleibt und nicht zurückgeht, so kenne auch ich einen Fall, dessen Effloreszenzen sich im Winter rückbilden, im Frühjahr aber neue Nachschübe zeigen.

Müller (Klinik Finger) demonstriert:

1. ein neunjähriges Mädchen mit diffus verteilten, gelblichbraunen, an der Spitze schuppenden Knötchen am Stamm und akneiformen, zentral eine Pustel tragenden Effloreszenzen an der Aufsenfläche der oberen Extremitäten. Daneben ein Skrophulodermaherd über der linken Cubitaldrüse. Es handelt sich um eine Kombination von **Lichen und Acne scrophulosorum.**

2. einen analogen Fall bei einem zwölfjährigen Mädchen mit stark ausgebildetem **Lichen scrophulosorum**, dessen Effloreszenzen zu ovalen Scheiben konfluieren, die am Rande zahlreiche kleine Knötchen zeigen, während das Zentrum flach und pigmentiert ist. Am rechten Vorderarm, besonders aber an den unteren Extremitäten rote zum Teil impetiginöse Akneknötchen. Starke Halslymphdrüsen mit Skrophuloderma.

3. eine 23jährige Frau mit einem **Lichen syphiliticus.** Die gruppierten Rezidivplaques haben oft Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus. Hier und da sieht man um eine zentrale Papel oder Pigmentation eine ringförmige, leukodermaähnliche Depigmentation, an die sich dann ein Kreis kleinerer und gröfserer, braunroter Papeln anschliefst.

Kyrle zeigt als Nebenbefund bei einem Luetiker **Syringocystadenome** in Form einzelner und gruppierter Knötchen an der Brusthaut, besonders der Regio epigastrica und den Schlüsselbeingruben. Die histologische Untersuchung zeigt das bekannte Bild dieser Affektion.

Gellis demonstriert (aus der Ambulanz des Doz. Weidenfeld) eine 20jährige Frau, die am linken Ober- und Unterschenkel handtellergrofse, braunpigmentierte Herde hat, die am Rand zum Teil Heilung aufweisen, zum Teil sich in serpiginöse, follikuläre Papeln auflösen. Am rechten Vorder- und Oberarm annuläre, blafsbraunrote Roseolaflecke. Anamnestisch ist neben einer vor vier Jahren akquirierten Lues das Bestehen von Lymphomen am Halse und Narben nach deren theilweiser Exstirpation bemerkenswert für diese Kombination eines **Lichen lueticus** und der **Rezidivroseola.**

Diskussion: Finger. Dieses gleichzeitige Vorkommen einer tardiven Roseola und des Lichen syphiliticus ist interessant; man sieht bei Skrophulösen oft erst eine Roseola und bei dessen Abblassen an Stelle des zurückgehenden Erythems gruppierte Knötchen auftreten.

Müller (Klinik Finger) zeigt ein 19jähriges Mädchen mit diffuser, seit zwei Jahren bestehender **Sklerodermie** im Gesicht und an den Oberarmen. Auffallend ist die starke, mit Kontrakturen, Verkrüppelung und Verkürzung einhergehende **Sklerodaktylie**, deren Röntgenbild Auffaserung und Konsumption der Knochenenden und dadurch Verschwinden der Gelenkslinien und Subluxationen ergibt.

Diskussion: Finger. Die starke Deformation der Finger ist nicht durch Hautveränderungen allein zu erklären, sondern weist auch auf eine Beteiligung der tieferen Gewebe, besonders der Palmarfascien. Durch Fibrolysininjektionen wurde eine wesentliche Besserung erzielt.

Weidenfeld glaubt, dafs die Sklerodermie in vielen Fällen nicht von der Haut, sondern von den tiefer liegenden Teilen, Muskeln und Fascien ausgeht, so dafs die Haut noch gut verschieblich ist, während die tieferen Teile sich derb anfühlen. Zweifellos kommen ähnliche, sklerotische Veränderungen auch an inneren Organen wie Herz und Speiseröhre vor.

Kren bespricht ähnliche Veränderungen in den Muskeln bei einer 65jährigen, Frau; die Haut an den Armen und Fingern ist wohl fein und faltbar, die Gewebe darunter sind aber derb und hart und dadurch eine Bewegungseinschränkung herbeigeführt. Ähnliches sieht man bei Sklerodermie der Zunge oder des Rachens. Die Schleimhaut scheint normal und unverändert, und doch kann die Zunge durch Rigidität des Frenulums nicht vorgestreckt werden, ist Sprache und Schlingen erschwert. Bei einem Falle, der unlängst zufällig zur Sektion kam, fand sich auch makroskopisch beim Einschneiden eine deutliche Rigidität der Muskulatur und des Drüsenapparates. Eine andere Patientin mit Sklerodermie leidet nebenher an einer mit Brechen einhergehenden Magenaffektion, die vielleicht auf ähnlichen Veränderungen beruht.

Ullmann weist auf pathologische Veränderungen der Thyroidea bei Sklerodermie hin; auch bei der Patientin der Klinik Finger besteht eine Atrophie.

Müller. Trotz Mangels einer deutlichen, anatomischen Veränderung der Schilddrüse wurden in diesem Falle auch Thyroidintabletten mit teilweise gutem Erfolg gegeben. Erdheim fand in einem Falle Hypoplasie der Epithelkörperchen.

Weidenfeld sah gute Wirkung von Heifsluft- und Massagebehandlung, weniger von Thiosinamin.

Finger. Die Erfolge des Thiosinamin oder noch besser des Fibrolysin sind sicher, aber nach seiner Erfahrung nur passager.

Weidenfeld zeigt einen 23jährigen Mann mit handtellergrofsen Plaques von **Lichen ruber verrucosus** an beiden Unterschenkeln. An beiden Oberschenkeln und den Armen daneben annuläre, braunviolette Herde, die sich am Rande in einzelne, follikuläre, nicht flache, sondern mehr spitze Knötchen auflösen. Die Knötchen tragen in der Mitte ein flaches Schüppchen oder eine Delle und bilden einen förmlichen Übergang des Lichen ruber planus zum Lichen ruber accuminatus.

Finger demonstriert zwei Patienten mit ausgebreiteten Formen schwerer **serpiginöser Syphilide**.

Kren (Klinik Riehl) bespricht zunächst ausführlich die bisherige Literatur der **Impetigo herpetiformis** und sondert strenge nach dem von Hebra präzisierten Krankheitsbilde die bis heute veröffentlichten Fälle, von denen viele, wie die von Audry, Schwarz, Pataky und Tommasoli, nicht scharf genug gegen den Pemphigus miliaris und vegetans, den Herpes gestationis, die Dermatitis herpetiformis Duhring oder andere pustulöse Hautaffektionen abgegrenzt wurden. Um so mehr mufs die genaue Beobachtung des von Hebra beschriebenen Typus gefordert werden. Die ersten Effloreszenzen sind Erytheme, meist von der Genitocruralgegend, dem Nabel, der Mammae oder den Achseln ausgehend, auf denen nach wenigen Stunden einzelne,

meist aber gruppierte, von vornherein eitrige, stecknadelkopfgrofse, oberflächlichste Pustelchen auftreten. Während diese zu dünnen, leicht lamellösen, schiefergrauen Krusten eintrocknen, schiefsen auf dem umgebenden, erythematösen, roten Hof neue Pusteln meist in mehrfachen Reihen auf; und so wächst der ursprüngliche in exzentrischer Progression und durch Konfluenz benachbarter Herde immer mehr. Dabei hohes Fieber, vor den Pusteleruptionen exacerbierend, Prostration und letaler Verlauf. Trotz des immer wieder behaupteten Zusammenhanges der Erkrankung mit septischen Prozessen der Gravidität ist der Pustelinhalt nud das Blut steril. Anamnestisch werden auch Eiterungen anderer Art wie Panaritien angegeben. Der Prozefs findet sich meist bei schwangeren Frauen, bei Männern ist er bisher nur achtmal beschrieben, der folgende Fall ist also der neunte Fall einer Impetigo herpetiformis in mare.

Er betrifft einen 15jährigen Tischlerlehrling, der sich ein Panaritium am linken Mittelfinger zuzog. Vier Wochen später angeblich ekzemartige Effloreszenzen an den Oberschenkeln; daran anschliefsend Eruption von Pusteln auf roter Basis, Eintrocknen derselben zu braunroten Krusten, in der Peripherie Erytheme mit neuen Pusteln. Kren zeigt eine Moulage von dieser Zeit. Einzelne Effloreszenzen auch an der Schleimhaut, welche bald erodierten. Fieber von 37,4—40,3. Leukocytose; dabei relatives Wohlbefinden. Trotz Chinin, Kollargol und Antistreptokokkenserum Fortschreiten der Erkrankung.

Bei der Demonstration des nun drei Wochen erkrankten Patienten im Krankenbette bot derselbe das Bild einer universellen Erythrodermie, diffuser lebhafter Rötung, teilweise schmallamellöser Exfoliation und zahlreiche, diffus unregelmäfsig zerstreute, stecknadelkopf- bis linsengrofse Pusteln. Fieber. (Kalte Einpackungen.)

Der zweite Fall von Impetigo herpetiformis betrifft eine 23jährige Frau; früher sechs normale Partus und immer gesund. Jetzt vor einer Woche Geburt eines gesunden Kindes, das aber post partum starb. Drei Wochen vor dem normalen Partus angeblich im Anschlusse an eine eitrige Verletzung an der rechten grofsen Zehe begann die Hautaffektion unter Schüttelfrost mit Erythema und Pusteln an den Oberschenkeln und breitete sich als typische Impetigo herpetiformis dann am Bauche und ganzen Körper aus, wo jetzt auf diffus erythematöser Basis disseminierte und in Gruppen angeordnete Pusteln bestehen. Fieber. Prostration.

Auch bei dieser Patientin bestand derzeit, in der vierten Krankheitswoche, mehr das Bild einer universellen Dermatitis mit disseminierter Aussaat verschieden grofser Pusteln und diesen entsprechender feuchter, impetiginöser Krusten.

Die Diskussion über diese zwei Fälle wird für die nächste Sitzung anberaumt.

Sitzung vom 5. Mai 1907.

Grünfeld demonstriert einen Mann mit einer **Alopecia areolaris luetica** als einziger Rezidiverscheinung nach einem Jahre. Die alopecischen Stellen erscheinen hier ebenso wie das ganze Hinterhaupt und der Nacken durch Insolation stark pigmentiert. Kein Leukoderma.

Pollitzer stellt vor:

1. zwei **extragenitale Sklerosen an der Unterlippe** mit mächtiger lokaler Lymphdrüsenschwellung. Bei beiden Patienten wird lokal durch Einspritzung unter den Primäraffekt und gegen die Lymphdrüsen (nach dem Verfahren von Strauss und Thalmann), dann aber auch als Allgemeintherapie 20% Atoxyl angewendet werden.

2. einen **Lichen ruber verrucosus**, der strichförmig in einer Länge von 25 cm über der rechten Tibia sich ausdehnt.

3. eine **Sklerodermie en plaque.** Die 26jährige Frau lag vor fünf Jahren im Krankenhause mit einer ausgebreiteten Sklerodermie am Stamm und der linken

unteren Extremität; als Residuen davon bestehen an der linken Thoraxseite ein über handflächengroſser, braunpigmentierter, im Zentrum atrophischer Fleck, am linken Unterschenkel eine starke Atrophie der Weichteile und der straff anliegenden Haut mit Sklerodaktylie der Zehen. Jetzt treten seit drei Monaten im Gesicht erbsen- bis hellergroſse, derbe, rote Flecken auf; neben bereits atrophischen, weiſsglänzenden, glatten Narben sieht man an der Nase, der Stirn und den Wangen Herde von der bezeichneten Gröſse, im Zentrum gelblichweiſs glänzend, flach, leicht eingesunken und von einem derben, rosaroten Hof oder bräunlichen Pigmentsaum umgeben.

Nobl stellt die Diagnose Molluscum 'giganteum des in der vorigen Sitzung vorgestellten Falles richtig, da der histologische Befund ein traumatisch verändertes Fibrom ergab.

Ehrmann zeigt:

1. eine ältere, kachektisch aussehende Frau, die im Anschlusse an einen Abortus rasch fortschreitende Geschwüre am linken Unterschenkel bekam. Die ganze linke untere Extremität erscheint elephantiastisch geschwollen; der Unterschenkel ringsherum von tief zerfallenen, eitrig nekrotisch belegten Geschwüren mit aufgeworfenen, stellenweise tumorartig elevierten und serpiginösen Rändern eingenommen. Diese waren bei den sonst zweifellos gummösen Geschwüren suspekt; ihre Untersuchung ergab Carcinom. Es handelt sich also um ein **Carcinom auf Gumma.** Auffallend sind in der Umgebung Kreise und unregelmäſsige rote Stellen mit gelb verfärbtem Zentrum; dieses erwies sich als Folge der Degeneration des elastischen Gewebes inmitten beginnender Carcinommetastasen, als welche sich die roten Flecken erwiesen.

2. eine bereits bekannte Patientin mit **Sklerodermie.** Dieselbe begann mit einzelnen Herden an der rechten oberen Extremität, die aus Erythemen hervorgingen. Erythem und Sklerosierung griffen auch auf die Brust über, die wie eingeschnürt erscheint. Jetzt sieht man neben den atrophischen Sklerodermiestellen zahlreiche **vitiliginöse Pigmentationen,** in welche die Sklerodermie übergeht. Die Therapie besteht lokal in Heiſsluft, Alkoholverbänden und Massage, intern in der Medikation von Salol nnd Menthol. Prognostisch scheinen diese wohl autotoxischen Formen, die mit Erythemen beginnen, günstiger; dagegen geben jene Fälle, welche mit diffuser Verhärtung in Gesicht, Brust, Händen und Füſsen beginnen, eine schlechtere Prognose. In einem dieser Fälle fanden sich auch Schwielen im Herzmuskel, was auf eine allgemeine Fibromatose deutet.

Diskussion: Schiff hat in einem Falle mit Bierscher Stauung gute Resultate erzielt.

3. einen **Lupus erythematosus** des Ohres mit einem **akneiformen Tuberkulid** der Streckseiten an den unteren und oberen Extremitäten.

4. ein 25jähriges Mädchen, die neben einer rezenten Lues seit Januar 1907 an den Ellenbogen lividrote oder gelblichrote, zum Teil fein gefältelte Flecken einer **Erythromelie** oder Acrodermatitis atrophicans zeigt; dieselbe hat ihre Ursache in einer durch schwere Arbeit oder andere Schädigungen hervorgerufenen Perilymphangitis.

5. ein eigenartiges **Antipyrinexanthem** bei einem 22jährigen Mädchen. Dasselbe ist jetzt fast abgelaufen, aber durch die eigentümlich bläulichgrünbraune Farbenmischung der an der Stirn, Nase, den Wangen, Schläfen und Armen bestehenden feuchtschuppenden Flecken erkenntlich. Die Patientin nahm das Antipyrin wegen Kopfschmerzen, bekam dann nach wenigen Tagen Blasen, die zu Krusten eintrockneten und solche Flecken bildeten.

Diskussion: Oppenheim sah das Mädchen vor vier Wochen mit einem Erysipel und danach mit einer bläschen- und pustelartigen Dermatitis, die ganz wie eine Staphylokokkenimpetigo aussah.

Ehrmann. Die Antipyrinexantheme sind eben sehr mannigfaltig, in Flecken, Bläschen, Blasen, oft wie ein Pemphigus, allgemein oder auch lokalisiert, z. B. nur am Genitale.

Finger demonstriert ein **akneiformes Tuberkulid** im Gesicht mit kleinen, tief gelegenen oder an die Oberfläche dringenden, rotbraunen Knötchen, die dabei schon lange konstant bleiben. An den Armen mehrere kleine Narben. Auf Tuberkulin in schwacher Dosis keine Reaktion. Diese Form ist von der Acne teleangiectodes Kaposi wohl verschieden.

Leiner zeigt eine **Psoriasis punctata und guttata** bei einem fünfjährigen Kinde.

Oppenheim demonstriert einen Mann mit einer stark ausgebildeten **Akrodermatitis** an den oberen Extremitäten und am Knie. Im Bereiche der lividen, gefältelten Haut am Olekranon und Knie bestehen seit über 30 Jahren beiderseits halbkugelige, derbe, im Zentrum flach gedellte Knoten; die histologische Untersuchung ergab kein deutliches Bild, ein **Fibrom** mit ausgedehnten Entzündungserscheinungen in der Umgebung, das vielleicht mit der Akrodermatitis zusammenhängt.

Es folgt nunmehr die Diskussion über die zwei von Kren vorgestellten Fälle von **Impetigo herpetiformis.**

Weidenfeld. Das Vorhandensein kleinster, oberflächlicher, stecknadelkopfgroßer Pusteln, die kreisförmig angeordnet sind und sich auf dem umgebenden roten Saume in zwei bis drei Reihen kreisförmig ausbreiten, ist wichtig; wenn die Pusteln größer und tiefer sind, ist die typische Diagnose nicht strikte zu machen, ebenso wenn dieselben disseminiert auftreten. Auch sind die Krusten bei der Impetigo herpetiformis fein lamellös. Bei der zweiten Patientin Krens sahen wir aber tiefer reichende, blutige Krusten und auf fast diffus roter und entzündeter Haut disseminierte Pusteln, wie wir sie ähnlich nur bei septischen Exanthemen und externer Dermatitis, z. B. durch graue Salbe, sehen. Er selbst beobachtete einen Fall, wo nach Einreibung mit Unguentum cinereum eine solche universelle Dermatitis mit zerstreuten Pusteln auftrat, an welche sich dann eine eitrige Pericarditis und Pleuritis anschlossen. Es handelt sich bei der Frau wohl um ein septisches, vielleicht mit dem Genitale zusammenhängendes Exanthem. Ebensowenig charakteristisch und sicher ist die Diagnose bei dem Knaben, dessen Affektion wegen der Erytheme und polymorphen Effloreszenzen eher einem Pemphigus miliaris entspricht.

Finger hat selbst die Fälle bei Hebra gesehen und vor nicht langer Zeit im Wiedener Krankenhause einen Fall beobachtet, den Assistent Scherber publizieren wird. Er beschreibt des näheren Entstehung und Vergrößerung der Plaques: aus ursprünglichen eitrigen Bläschen werden feine Krusten, an deren Rand ein zwei- bis dreifacher Kreis von Pustelchen mit einer Entzündungszone; wenn der Kreis größer wird, bilden sich im Zentrum schiefergraue, lamellöse Schuppen mit den gleichen Pusteln und dem entzündlichen Hofe ringsherum. Diese Formen breiten sich von gewissen Lokalisationen, wie dem Genitale und den Achselfalten, aus. In Ermangelung eines bestimmten ätiologischen Anhaltspunktes können ganz anders und atypisch verlaufende Fälle wie die vorgestellten nicht in das präzise Krankheitsbild eingereiht werden. Kaposi hat in seiner Arbeit neben den typischen Fällen wohl auch einen Fall von Impetigo herpetiformis in mare mit Urticaria und Erythemen angeführt, doch hat er letzteres nur als nebenher verlaufend beschrieben. Der Knabe sowohl als die Frau haben ausgebreitete Erytheme, die sich spät mit Pusteln bedecken, bei denen also die Impetigo sekundär auftritt. Beide Fälle passen daher in das typische, von Hebra beschriebene Krankheitsbild nicht hinein.

Nobl führt den von ihm publizierten Fall an, eine Frau, die er im Verlaufe von drei Graviditäten mit zwei günstig verlaufenden Attaken beobachtet hat. Die

Affektion kam immer sechs bis acht Wochen nach der Geburt zur Ausheilung; puerperal-septische Erscheinungen waren nie vorhanden.

Ehrmann hat einen Fall bei Kaposi, zwei von Neumann (dargestellt im Atlas) und selbst zwei Fälle gesehen; die ersten Effloreszenzen kamen auch an Stellen, deren Haut nicht gerötet war; auch die beschriebene girlandenartige Anordnung ist nicht immer nötig. Die maskuline Form ist ihm nicht wahrscheinlich.

Kren. Der junge Bursche war bei der Vorstellung schon in der dritten Woche der Erkrankung, wo die einzelnen Herde schon ganz konfluiert waren; an der Moulage und Abbildung sind noch die Anfangsstadien der kleinen Pustelchen, der serpiginös plaqueförmigen Anordnung und der Krustenbildung im Zentrum zu sehen; auch schien die Affektion vom Genitale auszugehen. Aber der Prozeſs schritt so rasch fort, daſs er bei der Demonstration ganz wie eine Erythrodermie aussah, wenn auch am Rande noch kleine Pusteln sichtbar waren. Auch in den Fällen Hebra sind im Spätstadium vielfach Erytheme beschrieben, auf denen Pusteln sich bilden können oder auch nicht.

Auch die vorgestellte Frau stand schon in der vierten Krankheitswoche; anfangs bestand nur circumskripte Schuppen- und Krustenbildung, die vom Genitale ausging und peripher fortschritt; das dabei auftretende Erythem drang rasch vor und wurde diffus; die Schuppenbildung kann auch stärker sein. Die Frau starb an einer von Placentarresten ausgehenden Sepsis; aber es ist unwahrscheinlich, daſs die drei Wochen vor dem Partus begonnene Hautaffektion mit diesem post partum entstandenen septischen Prozeſs zusammenhängt, zumal die Frau ein ganz gesundes Kind gebar.

Riehl kennt viele Fälle von Hebra nnd Kaposi. sowie selbst sechs Fälle der Klinik und noch einige aus eigener Erfahrung; die typischen Beschreibungen von Hebra und Kaposi entsprechen nicht immer ganz genau den dabei bestandenen Verhältnissen, was schon aus den von diesen Autoren selbst bezeichneten Originalbildern hervorgeht, die einzeln gezeigt werden. Es ist an ihnen ersichtlich, daſs auch mehrere Reihen von Pusteln und nicht immer hanfkorn-, sondern auch über erbsengroſse vorkommen können. Vielfach war auch der Verlauf dieser Fälle in den einzelnen Stadien so verschieden, daſs die Diagnose erst spät gemacht wurde. Das Bild des von Kaposi als Impetigo herpetiformis in mare bezeichneten, von Jarisch nicht anerkannten Falles zeigt neben dem Kranz kleiner Pusteln noch gröſsere Blasen und Pusteln. Was das krustöse Aussehen der sonst lamellösen Schuppen betrifft, ist daraus zu erklären, daſs vielfach Pusteln im alten, bereits entzündlich veränderten Gebiete entstehen und zu stärkerer Krustenbildung führen, die auch im Bilde eines Falles von Hebra ersichtlich ist. Der Streit in diesen Fragen ist insolange nicht sicher zu entscheiden, als nicht die genaue Ätiologie der Erkrankung bekannt ist. Vielfach wird sie als septisch-puerperal begründet; doch gibt es Fälle, in denen jeder Anhaltspunkt für diese Auffassung fehlt. Ich konnte weder im Eiter der Effloreszenzen, noch in Schnitten Bakterien nachweisen. Das klinische Bild Hebras bleibt somit maſsgebend als einheitliches Krankheitsbild, in das ein groſser Teil der publizierten Fälle und vielleicht auch die von Kren demonstrierte Frau nicht fallen.

Finger sah in seinem Falle keine Sepsis; der Pustelinhalt und das Blut waren steril. Wenn aber die Sektion, wie bei dieser Frau, eine Sepsis nachweist, muſs bei nicht ganz typischem Krankheitsbilde doch die Frage einer septischen Affektion offen gelassen werden. Es ist eben schwer, bestimmt die Diagnose Impetigo herpetiformis zu stellen, aber ebenso schwer, sie bestimmt auszuschlieſsen.

Sitzung vom 29. Mai 1907.

Ehrmann demonstriert einen Patienten, der vor zwei Jahren Lues hatte, mit einem **Antipyrinexanthem**. An der Beugeseite des rechten Handgelenkes zwei guldengroſse, am Rande lebhafter rote, zentrale mehr violette Flocken. An den Zehen

und zwischen denselben Blasen auf erythematöser Grundlage; ein bläuliches Erythem mit Blasenbildung am Penis. Patient nahm einen Tag Antipyrin wegen bestehender Kopfschmerzen.

GRÜNFELD zeigt:

1. einen 20jährigen Friseur mit einzelstehenden und landkartenartig konfluierten Effloreszenzen von **Herpes iris circinatus** an beiden Handrücken.

2. einen 28jährigen Mann mit einem **seborrhoischen Syphilid** in Form fettig schuppender, sukkulenter, zirkinärer und serpiginöser Papeln an der Stirne, den Augenbrauen, Nasenfurchen und der behaarten Oberlippe. Am Stamme psoriasisähnliche Knötchen. Infektion Dezember 1906.

3. einen Soldaten mit einer **Alopecia areolaris luetica** als einziger Rezidiverscheinung ein halbes Jahr nach der Infektion. Deutliches Leukoderma.

NOBL stellt vor:

1. eine **Onychia und Paronychia syphilitica ulcerosa** im vierten Jahre der Erkrankung. In den Zerfallsprodukten fanden sich zahlreiche Spirochäten.

2. einen **Lichen ruber planus** in Form erbsengroſser, derber, braunvioletter, nicht scharf begrenzter Effloreszenzen am linken Handrücken. Während diese und kleine undeutliche Effloreszenzen am Sternum die Diagnose nicht sicher gestatten, sind die zahlreichen, konfluierten Knötchen am Penis und Skrotum in Gestalt und Farbe typisch.

3. eine **papillomatöse** Form der **Tuberculosis cutis**. Links ad anum ein Infiltrat, das sich aus violetten, im Zentrum z. T. ulcerierten, kleinen papillomatösen Wucherungen zusammensetzt. Die Untersuchung eines exzidierten Stückes ergab typische Tuberkelbildung.

POLLITZER bespricht eine in der heiſsen Jahreszeit oft auftretende, nur wenig beachtete Veränderung an den Händen, die sogenannte **Desquamatio aestivalis**, die von DUBREUILH 1904 ausführlicher beschrieben wurde. Sie beginnt meist ohne subjektive Beschwerden oder mit leichtem Jucken an den Rändern der Handrücken und Streckseite der Finger in Form stecknadelkopfgroſser, oberflächlichster, weiſser Bläschen ohne jeden flüssigen Inhalt, bedeckt von dünnster Hornschicht. Diese springt oder reiſst leicht ein und bildet dann einen kreisförmigen, $^1/_2$ mm breiten, weiſsen, dünnen Schuppensaum, der sich durch fortschreitendes Aufblättern vergröſsert und dann gröſsere, bogenförmige, weghängende Schuppenfransen an den bezeichneten Lokalisationsstellen erzeugt. Die Hohlhand bleibt meist frei davon, ebenso die Füſse. Die Veränderung hängt weder mit der Hyperhidrosis noch der Dyshidrosis zusammen; es kommt nie zur Bildung der meist interdigital oder in der Hohlhand gelegenen, derben, tief reichenden, stark juckenden Bläschen, wie sie diesem Prozesse eigenartig sind.

Therapeutisch empfiehlt sich Einfetten mit Lanolinsalben oder Umschläge mit 1—3%igem Resorcinwasser über Nacht.

REINES demonstriert:

1. ein 13jähriges Mädchen mit zahlreichen, ephilidenartigen Pigmentationen im Gesicht; auf dem Nasenrücken kleine, flach warzenartige Erhebungen, die bei oberflächlicher Betrachtung wie Pigmentationen aussehen. Es handelt sich wohl um ein **Xeroderma pigmentosum incipiens.**

2. eine Frau, die vor vier Jahren an Lues erkrankte. Seit einigen Wochen ein Exanthem, das anfangs wieder für Lues gehalten wurde, aber dessen Kreise sich aus deutlichen flachen, glänzenden Knötchen zusammensetzen, ein **Lichen ruber planus**.

3. einen 18jährigen Mann mit einer **Neurofibromatosis RECKLINGHAUSEN.** Neben der aus verschieden groſsen Pigmentationen und den weichen, eindrückbaren Tumoren sich rekrutierenden Hautveränderungen bestehen Skoliose und Intelligenzdefekt.

ULLMANN zeigt bei einem 13jährigen Mädchen eine **Sklerodermie en plaques** in Form bläulichroter, im Zentrum leicht eingesunkener Herde an den Extremitäten, dem Rücken und Seitenflächen. Daneben besteht eine fleckförmige **Poliosis** in den Haaren, einhergehend mit starken, anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen. Ob zwischen beiden Prozessen ein Zusammenhang besteht, ist unsicher; doch ist die nervöse Natur derselben hier wahrscheinlich.

LEINER demonstriert ein sechsjähriges Kind mit einem seit einigen Monaten bestehenden Lichen scrophulosorum, der auf Lebertraneinreibungen und Kreosotmedikation intern zurückging. Unberührt von dieser Therapie besteht eine zweite Affektion; an den Beugeseiten der Finger und den Kleinfingerballen sind derbe, blauviolette Infiltrate, die zentral eine seichte Depression zeigen. Die Infiltrate sind zum Teil in unvollständiger Kreisform angeordnet und sprechen am ehesten für ein ungewöhnlich lokalisiertes, dem Lupus erythematosus disseminatus ähnliches **Tuberkulid.**

SPIEGLER stellt vor:

1. eine **Sykosis parasitaria vera** in der rechten Submaxillargegend.

2. ein seit zwei Monaten bestehendes **Sarcoma idiopathicum multiplex** in Form erbsen- bis bohnengroſser, an den Vorderarmen und Füſsen unregelmäſsig zerstreuter, braunvioletter Knoten.

3. eine Frau mit einer kraterförmig ulcerierten **Sklerose an der rechten Tonsille** und einem im Abblassen begriffenen maculo-papulösen Syphilid.

KREN (Klinik RIEHL) zeigt:

1. einen Mann mit **Lichen ruber planus an den Hohlhänden** in Form derber, mit stark schuppender, weiſser Hornschicht bedeckter, durch zahlreiche Risse getrennter, blaſsbraunroter Infiltrate. Die sonst schwer zu stellende Diagnose wird durch zahlreiche Herde von typischer Zusammensetzung und Farbe an den unteren Extremitäten gestützt.

2. einen ausgebreiteten **Lichen ruber planus,** der auch an der behaarten Kopfhaut zahlreiche Herde zeigt.

BRANDWEINER (Klinik FINGER) stellt vor:

1. einen achtjährigen Knaben mit einem seit neun Wochen bestehenden **Lichen ruber accuminatus.** Die Haut des Gesichtes infiltriert und exfoliiert wie bei einer diffusen, schuppenden Erythrodermie. Der ganze Stamm und die Extremitäten sind dicht mit zahlreichen, derben, blaſsbraunroten Knötchen besetzt, die an ihrer Kuppe eine rauhe, weiſse Schuppe tragen. Starke Hyperkeratose beider Hohlhände. Die Knötchen sind auch an den Handrücken und Streckseiten der Phalangen deutlich. Am Beginn der Affektion bestand eine mehr diffuse Rötung und daneben einzelne Planusknötchen.

Diskussion: WEIDENFELD möchte auf ein Symptom hinweisen, das man nicht leicht beim Lichen ruber accuminatus vermiſst: das Gefühl des Reibeisens, wenn man mit der Hand über die Haut fährt. Dabei haften die kleinen, kegeligen Schuppen fest an und fallen nicht herunter.

EHRMANN. Der vorliegende Fall ist wohl die von den Franzosen bezeichnete Pityriasis rubra pilaris, was aber mit Lichen ruber accuminatus identisch ist. Ganz different davon ist wohl der folgende Fall: ein 30jähriger Mann, der mit einer diffusen Entzündung und Rötung erkrankte; dabei keine Knötchen und Bläschen wie bei einem Ekzem. Danach restieren auf dieser entzündlichen Grundlage flache Schuppen, die zum Teil zusammenhängen oder nur durch dünne Epidermisspalten und Hautlinien getrennt sind, zum Teil aber in erbsen- bis talergroſsen Einzelherden bestehen.

ULLMANN glaubt, daſs hier vielleicht eine jener diffusen Erythrodermien vorliegt, die sich später als Psoriasis entpuppen.

2. einen Mann mit **Lupus tumidus serpiginosus** am rechten Ohr, der die Ohrmuschel teilweise durch Ulceration zerstört hat und mit schuppenden Knötchen auf die Wange reicht. Daneben bestanden bei der Aufnahme bläulichrote, follikuläre Knötchen an den Extremitäten und in Gruppen stehende flache, blaſsrotbraune Herde, die an manchen Stellen wohl einen Schuppenkranz trugen; aber wegen der abweichenden Farbe und der Zusammensetzung aus kleinen Knötchen wurde nicht Pityriasis rosea angenommen. Gestern wurde 1 mg Alttuberkulin injiziert; danach traten an der Haut des Stammes zahlreiche kleinste, rote Stippchen auf, während die alten Herde stärker rot und die Zusammensetzung aus den kleinen Knötchen deutlicher wurden.

3. **gummöse Ulcerationen** an Ober- und Unterlippe, auf das Zahnfleisch übergreifend. Daneben an der Nase Narben nach alten Gummen und eine Perforation des Septum. Die Ränder der Ulceration sind aufgeworfen und derb, so daſs Verdacht auf sekundäres Carcinom besteht.

4. einen Mann, der als Kind an Skrophuloderma litt. Vor einem Jahre Lues (Tonsillarsklerose) akquiriert; danach als erstes Exanthem ein Lichen lueticus und jetzt als Rezidiv ein **gruppierter Lichen.**

5. ein siebenjähriges Mädchen mit sehr blassem **Lichen scrophulosorum.**

Reines (Abteilung Ehrmann) stellt vor:

1. eine 50jährige Frau mit ausgebreitetem **Rezidivexanthem,** gemischt aus einem papulösen und tuberösen Syphilid; Infektion vor fünf Monaten. Auffallend ist die sepiabraune Farbe der Knoten, die an Lepra erinnern. Rasche Rückbildung nach Succinimidinjektionen.

2. zwei Frauen mit **diffuser Sklerodermie.** Bei beiden sind Gesicht, Hände und Füſse ergriffen; die Ellenbogen und Finger in fixierter Halbbeugestellung, die Haut verdünnt, eng anliegend; bei der jüngeren ist auch die Gegend der Hüftgelenke ergriffen und daher das Gehen gehindert. Das Gesicht maskenhaft, in der mimischen Bewegung eingeschränkt. Die Zunge kann nicht gut vorgestreckt werden. Bei der einen konstatierte Fein auch eine gewisse Anämie und Starrheit der Stimmbänder. Die Behandlung besteht in warmen Bädern, Heiſsluft, Massage, Injektionen von Fibrolysin und Thiodin. Danach bei beiden Patientinnen Besserung.

Diskussion: Kren kennt beide Patientinnen, deren Erkrankung seit dem Aufenthalte in der Klinik entschieden vorgeschritten ist. Bei der jüngeren Patientin sind nicht nur an der Zunge, sondern auch im Rachen und Gaumen narbig-atrophische Veränderungen vorhanden. In einem Falle, wo klinisch an diesen Stellen keine Veränderungen zu sehen waren, fanden sich bei der Sektion doch starke fibröse Veränderungen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 86, Heft 3. August 1907.

Das Heft enthält nur Referate und ein Register, keine Originalarbeiten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.
Band X, Heft 11. August 1907.

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl, von F. Yudice-Berlin. (Schluſs.) Der vorliegende Teil behandelt den Einfluſs der Blennorrhoe des Mannes erstens auf die Gesundheit seiner Gattin und andrerseits auf die Fruchtbarkeit der Ehe. Es wird die Berechtigung nachgewiesen, von der retrospektiven Methode, die Erb empfohlen hat, möglichst nahekommende Resultate zu erwarten. Auf ihrer Basis ist ein Prozentsatz von 61,9 der Männer des dem Verfasser zugänglichen Materials als mit Blennorrhoe infiziert gefunden worden. Schaltet man den diese Zahl stark beeinflussenden Faktor aus, daſs das Material aus Josephs Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten entnommen wurde, so bleiben 50,3%, eine Zahl, die etwa den Tripperkranken der groſsen Masse der niederen Bevölkerungsschicht entspräche. Davon werden 77% bis zum 25. Jahre infiziert. Für die Konstatierung des Einflusses der Blennorrhoe des Mannes auf Gesundheit der Frauen- und Kinderzahl leistet die retrospektive Methode nicht so viel. Immerhin konnte der Befund erhoben werden, daſs der Tripper, wird er akut übertragen, in 14,12% sicher und noch in 13% mit hoher Wahrscheinlichkeit eine verhängnisvolle Wirkung auf Ehefrauen und Nachkommenschaft ausübt. Die Blennorrhoe dagegen, im chronischen Stadium in die Ehe gebracht, ist weniger gefährlich. Hier werden nur 6,37% der Ehefrauen in Mitleidenschaft gezogen, und davon nur 3,98% mit Sicherheit. Trotzdem stellt auch dieser Prozentsatz bei der überaus groſsen Zahl der jährlichen Ehen, von denen ja die Hälfte blennorrhoisch ist, eine ziemlich hohe Ziffer derjenigen, die stark unter der Blennorrhoe zu leiden haben. Was die Kinderzahlen betrifft, so ist das Ausschlaggebende die Erkrankung, und zwar die schwere Unterleibserkrankung der Frau. In diesen Fällen ist in der überaus groſsen Mehrzahl der Fälle die Ehe steril oder jene „Einkinderehe“, die Lesser mit vollem Recht den Typus der Ehen genannt hat, die unter dem Einflusse der Trippererkrankungen standen.

Man darf aber auf der andern Seite nicht vernachlässigen, daſs die Ehen blennorrhoischer Männer mit gesunden Frauen viele kinderlosen und Einkinderehen aufweisen, deren Ursachen nicht bekannt sind. Hier ist die Möglichkeit zuzugeben, daſs auch manche von diesen schlieſslich ihre letzte Erklärung in der Blennorrhoe finden dürften, u. a. bei Sterilität des Mannes, doppelseitige Epididymitis, chronische Harnröhrenerkrankung usw., manche auch wohl in der Blennorrhoe der Frau, die sie mit in die Ehe brachte.

Gegenüber Erb hat Verfasser eine gröſsere Anzahl von durch Tripper beeinfluſsten Ehen gefunden. Er kommt zu dem begründeten Schluſswort, daſs die Blennorrhoe des Mannes für die Ehe eine ernste Gefahr bedeutet, und auf ihre Ausheilung das gröſste Gewicht zu legen ist, daſs aber die krassen Grüchte über ihre Häufigkeit und Untergrabung des ehelichen Lebens, die auch zu Ausschlachtungen im öffentlichen Leben Anlaſs geben, nicht zu Recht bestehen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologische Zeitschrift.
1907. Heft 8.

1. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht), von Carl Stern und E. Hesse-Düsseldorf. Die neue, besonders von Kromayer eindringlich empfohlene Quarzlampe, die auf demselben Prinzip beruht wie die Uviollampe, aber handlicher ist als diese, leistet,

wie die Verfasser bei ihren experimentellen und klinischen Untersuchungen feststellten, quantitativ mehr als die Uviollampe. Die Wirkung der Bestrahlungen aus Abstand ist bei beiden Lampen im wesentlichen die gleiche, doch tritt der Effekt, ein Lichterythem mit nachfolgender Blasenbildung und Abschuppung oder Abhebung der Epidermis, bei der Quarzlampe viel rascher ein als bei der Uviollampe. Man kann daher bei allen Hautaffektionen, bei denen das Uviollicht wirksam ist, also bei subakuten und chronischen Ekzemen, besonders auch bei seborrhoischen Kopfekzemen, bei Psoriasis, Trichophytie, Sykosis non parasitaria, Alopecia, Akne und bei Geschwüren, Bestrahlungen mit der Quarzlampe aus Abstand, in der Regel von 10 cm, vornehmen, mufs dabei aber sehr vorsichtig sein, weil schon durch geringe Verlängerung der Bestrahlung leicht eine überstarke Reaktion hervorgerufen wird; auch die individuellen Unterschiede in der Reaktionsfähigkeit der Haut müssen stets sorgfältig berücksichtigt werden. — Wenn man das Licht der Quarzlampe ohne Abstand mit mehr oder weniger starker Kompression direkt auf die Haut einwirken läfst, dann entsteht Verschorfung und Nekrose der oberflächlichen Partien; die Quarzlampe kann deshalb zu oberflächlicher Gewebszerstörung, zur Beseitigung von Teleangiektasien, Naevi, kleinen Tumoren, oberflächlichen Epitheliomen, Ulcerationen verschiedener Art usw. gebraucht werden. Dagegen ist bei Lupus die Finsenbehandlung entschieden vorzuziehen, weil das an oberflächlich wirksamen Strahlen reiche Quarzlampenlicht nur ganz geringe Tiefenwirkung besitzt. Dazu kommt, dafs an den mit Quarzlampenlicht bestrahlten Partien heftige Schmerzen auftreten, und dafs in den stark gereizten, entzündeten oder nekrotischen Geweben ziemlich leicht Sekundärinfektionen zustande kommen; endlich sind die entstehenden Narben derb und stark hervortretend, so dafs bei Lupus des Gesichts diese Art der Behandlung überhaupt nicht in Frage kommen kann. Die Quarzlampe hat also gegenüber dem Finsenapparat eine ganze Reihe von Nachteilen, und die Behauptung, dafs sie „die wirksamste Lichtquelle für Lichtbehandlung nach Finsenschem Prinzip“ sei, ist durchaus falsch. Vielleicht kann das Quarzlampenlicht zur Ergänzung alter Methoden der Lupusbehandlung in dem Sinne dienen, dafs durch wiederholte, kurze, drei bis fünf Minuten dauernde Bestrahlungen immer wieder eine Reaktion hervorgerufen und so das Lupusgewebe auch an Stellen beeinflufst werden kann, die einer intensiven Bestrahlung mit Rücksicht auf die Narbenbildung nicht unterworfen werden dürfen.

2. **Untersuchungen über Molluscum contagiosum**, von B. Lipschütz-Wien. L. hat in ziemlich zahlreichen Fällen von Molluscum contagiosum in dem pathologischen Molluscumgewebe, das er unter Zusatz einiger Tropfen destillierten Wassers oder steriler physiologischer Kochsalzlösung in einer Reibschale fein verrieb, ungemein zahlreiche, dunkle, intraprotoplasmatisch gelegene, scharf umschriebene, stecknadelspitzgrofse, punktförmige, rundliche oder fast kreisrunde Körperchen nachgewiesen; er fand die eigentümlichen Gebilde, deren Gröfse er auf 0,16 μ schätzt, regelmäfsig in gefärbten Deckglasausstrichen und mehrmals in nativen Präparaten der Molluscumemulsion, ferner zweimal in Schnitten, die nach der älteren Methode Levaditis behandelt waren. Zur Färbung der Deckglasausstriche eignen sich die Geifselfärbungsmethoden; die besten Resultate ergab die Beizung mit Ferrotannat und Färbung mit Fuchsin nach Löffler. Neben zahlreichen, einzeln liegenden Körperchen fand L. auch Diploformen, wobei die zwei Körperchen oft durch eine sehr zarte, fadenförmige Brücke miteinander verbunden schienen. Im Ausstrich lagen die Körperchen in der Regel extracellulär, zuweilen aber anscheinend auch innerhalb von Zellen (oder auf Zellen?); im Schnitt schienen sie den Kernen aufzuliegen. In einzelnen, sehr gut gefärbten Ausstrichpräparaten waren, allerdings nur ganz spärlich, schwächergefärbte, scharf konturierte, annähernd birnenförmige „Anhangsgebilde“ zu beobachten. —

Durch ihre grofse Zahl, ihre dunkle Farbe, die regelmäfsige Anordnung und die stets gleiche Gröfse unterscheiden sich die Körperchen von den Granula und den Pigmentkörnern, die im Rete und in der Epidermis der das Molluscum bedeckenden Haut vorkommen. Sie sind von der Basalzellenschicht nach oben zu in den vergröfserten, degenerierten Retezellen zu finden, während sie im verschmälerten Papillargewebe fehlen; im zentralen und obersten Anteil des Molluscum, der die sog. „Molluscumkörper“ enthält, sind sie sehr schwer nachweisbar, wahrscheinlich wegen der besonders starken Imprägnation gerade dieses Teils des Molluscum. — An die Beantwortung der Frage, welche Bedeutung die Körperchen besitzen, kann L. erst nach Abschlufs einer Reihe biologischer Untersuchungen herantreten.

3. **Über Impftuberkulose,** von Paul Grosser-Breslau. Einem neunjährigen Mädchen waren von einer Frau, die bald darauf an Tuberkulose verstarb, zwecks Einführung von Ohrringen die Ohrläppchen durchstochen worden; nach einiger Zeit war eine starke Entzündung der Ohrläppchen aufgetreten, und kurze Zeit später erkrankte das Kind an einem hartnäckigen Bronchialkatarrh. Gr. fand die Ohrläppchen ein Jahr nach der Durchstechung bläulich verfärbt, geschwollen, leicht schuppend und ziemlich derb infiltriert; in der Tiefe fühlte man einige härtere, knötchenartige Stellen, bei Glasdruck traten hellbräunliche, kaum stecknadelkopfgrofse Knötchen undeutlich hervor. An der rechten Lunge war L o deutliche Dämpfung und Verlängerung des Exspiriums nachzuweisen. Dreimalige Injektion von Alttuberkulin bewirkte allgemeine und an beiden Ohrläppchen typische lokale Reaktion. Die erkrankten Partien an den Ohren wurden abgetragen und der Defekt durch Plastik gedeckt. Nochmalige Tuberkulininjektion rief aber wiederum lokale Reaktion hervor; die Patientin wird daher ambulatorisch mit Finsenlicht nachbehandelt. — Der Fall kann, wie Gr. ausführlich darlegt, wohl kaum als Inokulationslupus, d. h. als tuberkulöse Hauterkrankung bei einem bereits tuberkulösen Menschen betrachtet werden. Es handelte sich allem Anschein nach um eine echte Impftuberkulose oder primäre Hauttuberkulose; wenn die Veränderung der Lunge, was sehr wahrscheinlich ist, tuberkulös sein sollte, so ist sie als sekundäre Erscheinung aufzufassen.

Bei der Patientin traten nach dem Abblassen der durch die Tuberkulininjektion bewirkten Reaktionsröte die vorher nur bei Glasdruck und auch dabei nur undeutlich wahrnehmbaren Knötchen dauernd sehr deutlich auch ohne Glasdruck hervor; das Gleiche hat Gr. schon öfter gesehen, während er in der Literatur diese Beobachtung nicht beschrieben fand. Vielleicht ist die Erscheinung so zu erklären, dafs das Tuberkulin in den weniger infiltrierten Geweben in der Umgebung von Tuberkelknötchen einen gewissen Grad von Involution, Abschwellung und Verkleinerung hervorruft, während die von einem dichten Infiltrationswall umgebenen eigentlichen tuberkulösen Herde zunächst unverändert bleiben und dann nach Ablauf der Reaktion in der abgeschwollenen Umgebung um so deutlicher hervortreten. Die Beobachtung ist vielleicht in diagnostischer Hinsicht wertvoll; wenn in Fällen, in denen das Bestehen einer lokalen Reaktion nach Tuberkulininjektion zweifelhaft ist, etwaige Knötchen nach ein bis zwei Tagen deutlicher werden, so spricht das für das Vorhandensein von Hauttuberkulose. *Götz-München.*

Annales des maladies vénériennes.

Band II, Heft 8. August 1907.

I. **Über extragenitale Syphilisinfektion,** von Valentin Zaroubine-Odessa. Verfasser berichtet über 47 Fälle eigener Beobachtung von extragenitaler Infektion von Syphilis. Von diesen Fällen wurden 20 in die Klinik aufgenommen, 27 kamen

in der Privatpraxis in Behandlung. Die häufigsten Infektionen gingen vom Munde aus (17 Fälle von Schankern der Tonsillen, 11 Fälle von Lippenschankern); ferner berichtet Verfasser über acht Schanker der Finger, fünf am Abdomen, drei an den Brustdrüsen und je einen an der Nase, auf dem behaarten Kopfe und an der Schenkelbeuge bei einem Kinde. Im ganzen betrugen diese extragenitalen Infektionen 5,4 %, und zwar handelte es sich um 31 männliche uud 16 weibliche Wesen. Die wenigsten derartigen Infektionen boten verhältnismäſsig die Städte, weil dort die Hygiene besser gepflegt wird, und auch die Menschen meist aufgeklärter und vorsichtiger sind. Bei keinem der Fälle waren die Erscheinungen besonders schwer, nirgends zeigten sich die Eingeweide befallen, der Verlauf bot in sämtlichen Fällen nichts besonderes, be allen bewährte sich die spezifische Behandlung. Zum Schlusse wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, alle Fälle von extragenitalen Infektionen zu veröffentlichen.

II. **Über hereditäre Lebersyphilis,** von Ch. Fouquet. In diesem zweiten Teile der Arbeit erwähnt Verfasser als ein seltenes Symptom der Lues hereditaria praecox den Ascites, meist ist er unbedeutend, die Flüssigkeit ist oft hämorrhagisch. Dann werden die klinischen Allgemeinsymptome beschrieben. Die Gruppierung besteht in vier klinischen Formen. 1. Hepalo-intestinale Form, 2. ikterische, 3. hämorrhagische, 4. anämische Form. Alle diese Formen werden durch Beispiele erläutert. Was die Prognose betrifft, so ist die Syphilis praecox der Leber immer ernst; je eher sie beginnt, desto schlimmer; viele Kinder sterben bald nach der Geburt oder kommen schon tot zur Welt, doch erzielt in manchen Fällen eine spezifische Behandlung vollkommene Heilung. (Fortsetzung folgt.)

III. **Onychosis atrophica exfoliativa heredo-syphilitica,** von Gaucher-Paris. Bericht über zwei Fälle von hereditärer Syphilis, bei denen durch Ernährungsstörung die Nägel abblätterten und atrophisch wurden. Bei dem einen Patienten bestanden sonst keine Symptome von hereditärer Lues.

IV. **Gummata syphilitica praecocia,** von Paul Bonnet-Lyon. Der Fall hat nur kasuistischen Wert. Eine lokale Behandlung solcher Gummen is nutzlos, es lohnt sich am besten eine gemischte Behandlung mit Quecksilber und Jod.

Bernhard Schulze-Kiel.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1907. Heft III.

Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach Ulcus venereum, von A. Paoli. Nach den Erfahrungen des Verfassers haben die X-Strahlen einen ausgeprägten Einfluſs auf die Dauer und den Verlauf dieser Adenitiden und zwar einen um so ausgesprocheneren, als es sich um langsam verlaufende Adenitiden handelt; bei den akuten und subacuten ist dieser Einfluſs weniger bemerkbar. Alle Arten von Adenitiden, die nach der Anwendung von Radiotherapie operiert worden sind, heilen viel rascher und ohne Auskratzung oder Kauterisation. Die torpiden Wunden nach Eröffnung von eitrigen Adenitiden bei kränklichen, schwächlichen Individuen verwandeln sich in wenigen Tagen in normal aussehende Wunden, wenn sie mittels Radiotherapie behandelt werden. Die Schmerzhaftigkeit der Adenitiden verschwindet immer oder fast immer nach der ersten Applikation innerhalb 24—48 Stunden, niemals später als nach 72 Stunden.

Beitrag zum Studium des primären Syphiloms der Membrana pituitaria, von P. Ramognini. Dieses Syphilom zeigt sich unter zwei Formen: als oberflächliche, flache Ulceration auf einer indurierten Basis mit scharfen Grenzen oder aber als kleine, este Geschwulst mit einer Ulceration an der Spitze (Ulcus elevatum). In beiden

Fällen ist das Geschwür von einer Borke oder von einer diphtherieartigen Pseudomembran bedeckt. In einem vorgerückteren Stadium zeigen sich Granulationen, weshalb diese Geschwüre dann leicht bluten. In vier Fünfteln der Fälle sitzen die Syphilome auf dem Septum narium. Gewöhnlich wird der Patient seiner Akquisition erst gewahr, wenn das Syphilom einen grofsen Umfang erreicht hat oder auf die Schleimhaut übergreift. Jucken als Initialsymptom fehlt meist, ist aber notiert worden. Zuweilen wird Tränenfluſs beobachtet, vermehrte Schleimabsonderung in intensivem Grade wird selten konstatiert. In späteren Stadien können sehr heftige Schmerzen, die nach dem Kopfe, dem Gesichte, den Ohren ausstrahlen, auftreten, meist sind dies aber schon Erscheinungen der sekundären Periode. Für ein wichtiges diagnostisches Zeichen hält Verfasser das Anschwellen der Nase und der Wange auf der erkrankten Seite; diese Schwellung ist schmerzlos, elastisch, die Haut darüber unverändert. Die Ätiologie ist ziemlich dunkel. Es sind in dieser Beziehung folgende Fälle mitgeteilt worden: gemeinsame Benutzung einer Schnupftabakdose, Infektion durch infizierten Speichel. Meist handelt es sich um Coitus contra naturam, Einführung infizierter Sonden, Fingern usw. in die Nase.

Initialsyphilom des rechten inneren Augenwinkels, von F. Pistoj. Ein Mann hatte sich auf auſserehelichem Wege syphilitisch infiziert und nachträglich seine Frau angesteckt, bei der sich ein Syphilom mit nachherigen sekundären Erscheinungen am inneren Winkel des rechten Auges entwickelte. Die Ansteckung kam in der Weise zustande, dafs die Frau die Behandlung ihres Mannes übernommen hatte und sich so auf extragenitalem Wege ebenfalls infiziert hatte.

Keratosis spinulosa (Lichen pilaris seu spinulosus), von G. Piccardi. Es handelt sich hier um die Dermatose, welche von Crocker Lichen pilaris seu spinulosus Devergie genannt wurde. Nach einem historischen Überblicke gibt Verfasser zuerst eine kurze Beschreibung der 29 durch andere Autoren veröffentlichten oder beobachteten Fälle und beschreibt dann vier eigene ausführlicher. In histologischer Hinsicht findet man: Hyperkeratose des Infundibulums und Halses, zuweilen auch des darunter gelegenen Abschnittes des Follikels, die zur Bildung von Hornmassen führt; diese letzteren können das Haar umgeben oder auch nicht, erheben sich als kleine Hörnchen über das Niveau der Epidermis, die gewöhnlich an der Bildung derselben nicht teilnimmt. Der unter dem Follikelhalse liegende Abschnitt sowie die Papille sind atrophisch, letztere fehlt zuweilen gänzlich. Die Haare innerhalb der Follikel fehlen öfters; wo sie noch vorhanden sind, sind sie farblos und atrophisch. Die Talgdrüsen fehlen meist vollständig oder befinden sich in einem verkümmerten, embryonalen Zustande; ebenso fehlen die Musculi arrectores pilorum. Die Epidermis und die interfollikuläre Cutis, sowie die anderen Hautorgane zeigen gar keine Veränderungen. Der entzündliche Prozeſs in der Umgebung der Follikel ist stets weniger ausgesprochen als bei der Keratosis pilaris communis. Bei den gemischten Formen von Keratosis pilaris und Keratosis spinulosa herrschen die histologischen Charakteristika der ersteren vor und nur die Hornbildungen im Inneren des Infundibulums können eine Dornform annehmen. In den nachfolgenden Abschnitten werden Ätiologie, Pathogenese, Differentialdiagnose und Therapie der Affektion behandelt. Was die letztere anbelangt, so ist sie dieselbe wie für die Keratosis pilaris. Öfters genügen aber gewöhnliche oder besser, alkalinische Bäder. Am meisten bewähren sich, wo diese nicht genügen, Teerpräparate, besonders Oleum cadini.

Über einen Fall von Lichen ruber, von P. Sensini. An die Beschreibung eines Falles eigener Beobachtung schlieſst der Verfasser Betrachtungen über die Klinik, Pathogenese und Therapie der Dermatose. Bei der Besprechung der Pathogenese bespricht der Verfasser die verschiedenen Theorien (parasitäre, toxische, nervöse

Theorie) und meint er, dafs es sich in seinem Falle wohl um eine Kombination der toxischen und neurotischen ätiologischen Momente gehandelt haben mag. Bei der Therapie kommen in Betracht Keratolytica (Unguentum Wilsonii) gleichzeitig mit subcutanen Arsenikinjektionen.

Über einen Fall von Lepra nodularis und deren Behandlung mittels Lichttherapie nach Finsen, von A. Pasini. Der Fall betrifft eine 28jährige Bäuerin, die Lepra in Uruguay akquiriert hatte. Was bei der Patientin eine Behandlung besonders wünschenswert erscheinen liefs, waren die zahlreichen, sehr entstellenden Leprome im Gesicht. Dieselbe wurde nun einer Lichtbehandlung unterzogen und erhielt innerhalb drei Monaten 237 Applikationen, wobei auf jeden einzelnen Tumor je drei bis vier Sitzungen verwendet wurden, mit Unterbrechungen von etwa 20 Tagen zwischen den einzelnen Sitzungen. Jede der letzteren dauerte 1¹/₄ Stunden. Jede Applikation war von heftigen reaktiven Erscheinungen gefolgt: Schwellung der Knoten und eines beschränkten Bezirkes der umgebenden Haut, Phlyktänenbildung auf der Epidermis. Darauf folgte aber stets eine graduelle Abnahme der Knoten, bis sie nach drei oder vier Sitzungen vollständig verschwanden.

In Übereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Autoren hat der Verfasser konstatieren können, dafs die Lepraknoten die Epidermis nicht interessieren, von der sie durch die Zwischenlagerung einer dünnen Schicht von retikulärer Cutis und des Papillarkörpers getrennt bleiben. Dagegen enthält auch die Epidermis mehr oder weniger zahlreiche spezifische Bazillen, wodurch sie, wie der Speichel, der Nasenschleim, der Urin zum Vehikel des Kontagiums wird. Auch in makroskopisch völlig normal erscheinenden Hautbezirken hat er den Bacillus gefunden: ein neuer Beleg für die weite Verbreitung dieses letzteren im Organismus des Leprösen. Unter dem Einflusse der Phototherapie wird das pathologische Gewebe durch ein gesundes ersetzt, und zwar ohne Substanzverlust; es kommt also zu einer wahren Heilung, einer Restitutio ad integrum. Als Residuum des leprösen Prozesses findet man in der Umgebung der Gefäfse noch kleine Gruppen von Plasmazellen und Lymphocyten und zwischen diesen ganz spärliche Bazillen, die etwas reichlicher in den Blutgefäfswandungen angetroffen werden. Als auf Rechnung der Lichtbehandlung zu setzende Veränderungen sind anzusehen die zahlreichen ramifizierten Pigmentzellen im Papillarkörper und in der Tiefe der Cutis einige Blutgefäfse mit offenbarer proliferierender Endarteriitis. Ferner findet man noch im Ersatzgewebe eine Verdickung der kollagenen Fasern und eine Verminderung in der Anzahl der elastischen Fasern. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Bartflechten und Flechten im Bart. (Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Zweite Auflage. Heft 10. A. Stuber, Würzburg 1901.) Jessner bezeichnet mit „Flechten im Barte“ solche Hautleiden, die an verschiedenen Körperstellen und in gleicher oder verminderter Häufigkeit auch an den behaarten Teilen des Gesichtes ihren Sitz aufschlagen können, also in keinem Falle für letztere eine Vorliebe haben, so die Psoriasis, Ekzem usw. Im Gegensatz dazu versteht er unter „Bartflechte“ Hautleiden, für welche die behaarte Gesichtshaut den Prädilektionssitz bildet, womit allerdings nicht gesagt sein soll, dafs andere Hautstellen ganz immun gegen dieselben sind. Das Charakteristische für die Bartflechten ist in erster Reihe ihre Lokalisation,

in zweiter erst das klinische Bild. Dieser letzteren Erkrankung, als der wichtigeren, besonders der Sycosis parasitaria ist daher auch der gröfste Teil des Heftes gewidmet, mit besonderer Liebe ist die oft sehr schwierige Therapie geschildert. Die Mafsnahmen sind praktisch erprobt und daher für jeden Praktiker von Nutzen. Kürzer ist die Folliculitis barbae (Sycosis vulgaris) behandelt, sie ist ja leichter zu behandeln und macht dem Praktiker weniger Schwierigkeiten, auch für dieses Leiden wird ein reicher therapeutischer Schatz geboten. Den Schlufs bilden dann die „Flechten im Bart“.

Bernhard Schulze-Kiel.

Geschlechtstrieb und Schamgefühl, von Havelock Ellis, übersetzt von M. und J. E. Kötscher. (A. Stuber, Würzburg 1907.) Das ungemein verbreitete und vielbesprochene Werk liegt in mustergültiger Übersetzung in dritter erweiterter und umgearbeiteter Auflage vor. Sie ist bis auf die neueste Zeit vervollständigt worden, wenngleich die Schlufsfolgerungen der ersten Auflage wenig beeinflufst worden sind. Das Buch enthält drei Studien, die erste skizziert die Hauptumrisse eines verwickelten Erregungszustandes, der von fundamentaler Wichtigkeit in der geschlechtlichen Psychologie ist. Die zweite versucht dadurch, dafs sie Material aus ganz verschiedenen Gebieten zusammenträgt, eine Erklärung von Tatsachen, die noch immer ungenügend erforscht sind. Die dritte versucht uns zu belehren, dafs wir selbst auf Gebieten, wo wir unsere Kenntnisse für hinreichend halten, bei genauerem Betrachten des Phänomens unser Endurteil noch aufschieben und eine vorsichtige Haltung einnehmen müssen. Der erste Teil behandelt also die Entwicklung des Schamgefühls in vier Abschnitten, der zweite das Phänomen der Sexualperiodizität in drei Kapiteln, der dritte den Auto-Erotismus, oder die spontanen Äufserungen des Geschlechtstriebes. Als Anhang werden noch hinzugefügt Kapitel über den Einflufs der Menstruation auf die Stellung des Weibes, die Sexualperiodizität beim Manne von F. H. Perry-Coste und ein sehr interessanter Abschnitt über den auto-erotischen Faktor in der Religion. Diese kurze Inhaltsangabe zeigt schon, wie viel geistige Anregung in dem umfangreichen Buche Ellis enthalten ist und welche Arbeitskraft sich in dem Werke kundgibt. Auch diese Ausgabe wird sicher einen grofsen Leserkreis finden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Impotenz des Mannes, von Orłowski-Berlin. (A. Stuber, Würzburg 1907.) Die Absicht des Verfassers ist, durch diese kleine Broschüre den Wert der Colliculushypertrophie für die Pathologie, und den Erfolg der Kaustik des Colliculus für die Therapie der Impotenz aus eigener Erfahrung zu betonen. Seine Beobachtungen beziehen sich auf etwa 300 Fälle, welche alle mit dem Uretroskop untersucht wurden. Die Schrift ist einfach und deutlich abgefafst und nicht so umfangreich, dafs sie nicht gelesen werden könnte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Atlas der Hautkrankheiten, von E. Jacobi-Freiburg. (Urban und Schwarzenberg, 1907.) In schneller Folge, wie vorauszusehen, ist die dritte Auflage dieses geradezu vortrefflichen Werkes erschienen, in derselben grofsartigen Ausführung wie die früheren Auflagen aber vermehrt durch eine Reihe ausgezeichneter Abbildungen. Während der Atlas anfangs nur 155 farbige und zwei schwarze Abbildungen auf 86 Tafeln enthielt, ist er jetzt auf 132 Tafeln mit 243 farbigen und zwei schwarzen Abbildungen angewachsen. Jacobis Atlas erscheint mir zurzeit der beste Atlas und hat im Vergleich zu anderen den Vorzug der Billigkeit, denn das umfangreiche Werk kostet in der neuesten Auflage in beiden Abteilungen zusammen nur 38 Mark, für das Gebotene sicher ein billiger Preis. Das sind wirklich Bilder, aus denen jeder etwas lernen kann, das sind Malereien, die der Wirklichkeit nahekommen und jedermann wird mit Befriedigung immer wieder dieses Werk anblicken, welches vom Verlag ausgezeichnet ausgestattet ist und in seiner Auswahl dem Verfasser alle Ehre

macht. Es ist leicht, einem solchen Atlas in nicht zu fernstehender Zeit eine vierte Auflage zu prophezeien. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, von Hermann Rohleder-Leipzig. (H. Kornfeld, Berlin 1907.) Band II enthält das Perverse Geschlechtsleben des Menschen auch vom Standpunkte der lex lata und der lex ferenda in 30 weiteren Vorlesungen. Der erste Teil umfafst das heterosexuelle, der zweite das homosexuelle perverse Geschlechtsleben in all seinen Variationen und Nuancen, soweit es das praktische Interesse der Ärzte beansprucht. Der Band gibt die weit aufserhalb normaler physiologischer Vorgänge sich abspielenden Betätigungen des Sexuallebens. Eine scharfe Scheidegrenze zwischen Physiologie und Pathologie sexueller Befriedigung ist bei der aufserordentlichen Vielseitigkeit derselben sehr schwer zu ziehen, da, wie die heterosexuellen, perversen Betätigungen wie Notzucht, Unzucht, Incest usw. zeigen, auch hier aufserordentlich viele Übergänge zwischen beiden existieren. Das Werk zeichnet sich durch Wissenschaftlichkeit, verbunden mit Klarheit und Kürze in der Darstellung, aus und bietet eine reiche Fülle eigener und fremder Erfahrungen auf dem grofsen, schwierigen Gebiete des perversen Geschlechtslebens. Der Verleger hat sich durch eine geschmackvolle Ausstattung und ausgezeichneten Druck ebenfalls den Dank der Leser verdient. Das Buch stellt eine zweite vermehrte und umgearbeitete Auflage dar. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall multipler neurotischer Hautgangrän in ihrer Beziehung zur Hypnose, von Ludwig Szöllösy-Szegedin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 21.) Bei einem zur Zeit der Beobachtung 20jährigen Mädchen waren seit drei Jahren an verschiedenen Stellen spontane Hautnekrosen aufgetreten, die sich jedesmal aus einem kleinen, circumskripten Bläschenausschlag entwickelten und zur Bildung unregelmäfsiger, aufserordentlich langsam abheilender Geschwüre führten. Die Patientin war mit zwei solchen Geschwüren am linken Arm ins Krankenhaus gekommen, dort entstand unter den Augen der Ärzte an der linken Regio subclavia eine neue Hautnekrose. Die Diagnose wurde auf multiple neurotische Hautgangrän gestellt. Sz machte einen Versuch mit Hypnotherapie und suggerierte in einer Sitzung der Patientin, dafs er ihr die Rückenseite der rechten Hand mit einem glühenden Eisen verbrenne (er berührte die Haut mit einem Geldstück), und dafs sie am anderen Tage eine Brandwunde an der Stelle haben werde. Überraschenderweise entwickelte sich jedoch am nächsten Tage an der betreffenden Stelle eine talergrofse Hautnekrose, die den früher aufgetretenen Nekrosen durchaus glich, aber zwei bis drei Tage lang beträchtliche Schmerzen verursachte. Die Patientin, die stets vollkommen posthypnotische Amnesie gezeigt hatte, fafste diese Nekrose, einer posthypnotischen Gedächtnisfälschung gemäfs, als wirkliche, durch Berührung eines Sterilisators entstandene Brandwunde auf.

Götz-München.

Akute Exantheme.

Ein Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Leukocytosen, von FLOURENS. (*Thèse de Paris*. 1906.) Während die meisten Autoren bei Masern eine Hyperleukocytose und Lymphocytose, bei Scharlach eine Hyperleukocytose und Polynukleose angeben, hat FLOURENS weder das eine noch das andere feststellen können. Nur infektiöse lokalisierte Prozesse, z. B. Angina, zeigen eine Beeinflussung des Leukocitengehaltes. *Fritz Loeb-München.*

Blutdruckmessungen mit dem GAERTNERschen Tonometer bei Kindern im Verlauf von Scharlach, von ELISABETH MANHOLD. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) Von den Schlufsfolgerungen, die die Verfasserin auf Grund von Messungen bei 100 scharlachkranken Kindern anführt, seien die wesentlichsten wiedergegeben: Es bestand keine Proportionalität zwischen Druck und Puls, wohl manchmal zwischen Temperatur und Druck. Gegen die Rekonvaleszenz fand eine allmähliche Steigerung und ein Konstantbleiben des Blutdruckes statt. Einigemal ging der Steigerung der Temperatur eine solche des Blutdruckes voraus. Es waren höhere Blutdrucke bei Knaben als bei Mädchen, die gleichalterig und gleich entwickelt waren, vorhanden. Kleinere Kinder hatten relativ höhere Drucke. Nervöse Kinder hatten im allgemeinen einen höheren Blutdruck. Im Liegen war höherer Blutdruck vorhanden. Bei Diphtherie und Varicellen sehr wechselndes Verhalten des Blutdruckes zu Puls und Temperatur. Seruminjektionen an sich hatten keinen Einflufs auf den Blutdruck.

Das Literaturverzeichnis umfafst neun Seiten. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis des Blutdruckes bei Krankheitszuständen, von WLADIMIR BELANINE. (*Thèse de Lausanne*. 1906.) Über den Blutdruck bei Scharlach sagt Verfasser, dafs er gesteigert ist, und zwar am meisten im Eruptionsstadium. Im selben Verhältnis, wie die Rekonvaleszenz vorwärts schreitet, sinkt der Blutdruck wieder zur Norm. *Fritz Loeb-München.*

Die Therapie des Scharlachs, von B. SCHICK-Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 23.) In bezug auf die allgemeine Therapie läfst SCH. jeden Scharlachkranken, auch den leichtesten, durch mindestens vier Wochen im Bette liegen und gibt ihm in dieser Zeit kein Fleisch, statt dessen Milch, Malzkaffee, Kakao, Milch- und Mehlspeisen, Suppe, Kompott, Honig. Die Zimmertemperatur soll 15° betragen. Gegen das Fieber werden nur kühle Packungen verordnet, nie Antipyretika. Im übrigen ist die Behandlung symptomatisch. Das MOSERsche Serum ist oft von gutem Erfolg. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Helmitol bei Nephritis, von MISEROCHI-Ravenna. (*Gaz. degli Ospedali e d. Clin.* 1906. Nr. 30.) M. sah recht günstige Erfolge bei Scharlachnephritis. Es verursachte das Helmitol kaum Darmstörungen, auch bei hohen Dosen nicht.

A. Straufs-Barmen.

Therapeutische Notizen über einige neuere Heilmittel, von A. RAHN. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 10.) R. beobachtete Abkürzung der Albuminurie bei Scharlachnephritis bei Gebrauch des Helmitols. *A. Straufs-Barmen.*

Vorläufige Mitteilung über den Spirochätenbefund bei Variola vera, von K. SAKURANE-Osaka, Japan. (Vortrag in der medizinischen Gesellschaft zu Osaka am 20. Mai 1907. Separatabdruck.) Ausgehend von dem Gedanken, dafs der Verlauf der Pockenerkrankung dem der Syphilis in mancher Beziehung einigermafsen ähnlich ist, kam der Vortragende auf den Gedanken, in Pockeneffloreszenzen nach Spirochäten zu suchen. Das Material stammte von einem 26jährigen Manne, welcher angeblich nie venerisch erkrankt war. Am 13. April bekam derselbe Fieber, zwei Tage darauf Ausschlag am ganzen Körper mit hoher Temperatur. Zur Zeit der Materialentnahme

sind die Effloreszenzen schon im Endstadium, bis auf einige Krustenbildungen auf dem linken Nasenflügel und rechten Unterschenkel. Unter den schwarzen, harten Krusten resp. Schorf auf dem Nasenflügel sah man eine reiskorngroſse, eitrig aussehende Masse grauen nekrotischen Gewebes, welches auf der Unterlage ziemlich fest anhaftete und bei Entfernung einen Substanzverlust hinterlieſs.

Das nekrotische Gewebe nebst Krusten resp. Schorf wurde in Formol gehärtet und nach der alten Silbermethode Levaditis behandelt. Der Schorf bestand aus oberen Epidermiszellen, es fanden sich hier keine Spirochäten. In den Schnittpräparaten des nekrotischen Gewebes, das aus tieferen Epidermiszellen und Papillarschicht bestand, entdeckte Sakurane Spirochäten.

Die Spirochäten befinden sich in groſser Zahl im mehr oder weniger stark infiltrierten Papillarkörper und in der angrenzenden Reteschicht. Sie haben die gleichen Eigenschaften wie die Syphilisspirochäten (zahlreiche, steile, meist regelmäſsige Windungen, sehr fein, ziemlich lang). Nur war keine sichere Beobachtung spitzer Endigungen möglich.

Auſser diesen Spirochäten kamen auch solche vor, welche mehr oder weniger unregelmäſsige Windungen aufweisen, doch hält Vortragender diese Spirochäten für gleicher Art.

Im Nachtrage wird noch mitgeteilt, daſs es Sakurane gelang, auch in der Kuhpockenlymphe von sich sanft wellen- und schraubenartig bewegenden Spirochäten zu finden, indem er durch Dialyse Glycerin u. a. von der Lymphe entzog und im hängenden Tropfen untersuchte.

Eine Abbildung zeigt die in der Tat Syphilisspirochäten sehr ähnlichen Gebilde in der oberen nekrotischen Cutisschicht.

Die Untersuchungen Sakuranes verdienen gröſstes Interesse, da er sich während seiner Tätigkeit an der Breslauer Hautklinik speziell auf dem Gebiete der Spirochätenuntersuchungen schon durch eine gröſsere Arbeit bekannt gemacht hat. Von besonderer Bedeutung ist wohl der Spirochätenbefund im hängenden Tropfen der Kuhpockenlymphe. (Referent.) *Schucht-Danzig.*

Die Komplikationen an den Augen bei Variola, von Trousseau. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 13.) Im Verlaufe der Pocken kommen sehr häufig Erkrankungen der Conjunctiva und der Cornea, eitrige Bindehautkatarrhe, Abscesse und Geschwüre der Cornea, zuweilen mit Bildung eines Hypopyon, zur Beobachtung; dabei handelt es sich aber nicht um primäre, durch Pockenpusteln hervorgerufene Krankheitserscheinungen, sondern um die Wirkung sekundärer Infektionen mit Staphylo-, Strepto- oder Pneumokokken. Diese sekundären Infektionen, die sogar zur Panophthalmie führen können, gehen zumeist von vereiterten Pusteln an den Augenlidern aus; in selteneren Fällen werden die Keime durch die unreinen Finger des Patienten ins Auge gebracht. Es ist daher sehr wichtig, daſs die Augenlider und die Hände und Finger der Pockenkranken möglichst aseptisch gehalten werden. Die Augenlider werden recht oft mit warmer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 5000) gewaschen und mit feuchten sterilen Kompressen bedeckt oder mit Quecksilbersalbe bestrichen; von den Lidrändern sind Krusten und angetrockneter Schleim oder Eiter sorgfältig zu entfernen. Sobald Conjunctivalsekret sich zeigt, wird der Bindehautsack mehrmals täglich ausgiebig ausgespült: wenn die Lider sich öffnen lassen, mit Lösung von Quecksilberoxycyanat, wenn nicht, mit Lösung von Kaliumpermanganat. Bei starker eitriger Sekretion träufelt man auſserdem drei- bis sechsmal täglich zwei bis drei Tropfen einer Lösung von 1,25 Argyrol in 10,0 Wasser ein oder man pinselt die Conjunctiva palpebrarum mit 2%iger Höllensteinlösung. Zeigt sich trotz energischer Behandlung der Conjunctivitis eine Trübung der Cornea, dann werden Umschläge mit

warmem, abgekochtem Wasser gemacht und Atropin eingeträufelt; das Atropin wird durch Pilocarpin ersetzt, wenn aus der Trübung ein Geschwür ohne Eiterung geworden ist. Die Hornhauteiterungen erfordern spezialistische Eingriffe. *Götz-München.*

Variola und Variolois? von Cöster-Königshütte. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1907. Nr. 13.) Ein Fall von weit verbreitetem Ausbruch von Blattern über den ganzen Körper besonders im Gesicht; wahrscheinlich stammt die Infektion von einem Wiederimpfling. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Instrumentarium für den öffentlichen Impfarzt, von Alfred Groth-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) Gr. hat das Impfinstrumentarium von Hagemann, dem ein sehr einfacher und zweifellos glücklicher Gedanke zugrunde liegt, dem aber auch beträchtliche Mängel anhaften, so umgestaltet, daſs es jetzt als durchaus praktisch bezeichnet werden kann. Der Apparat, wie er nun vorliegt, besteht aus einem Stativ, dessen eines Ende eine hohle Säule und dessen anderes Ende eine mit einem Luft zuführenden Kanal und einem kleinen Kamin versehene Spirituslampe trägt. An einem in dem Hohlraum der Säule verschieblichen und durch eine Stellschraube beliebig fest zu stellenden Eisenkern ist eine um die Achse des Kerns drehbare Vorrichtung angebracht, in welche acht Lanzetten in nach oben schräger Richtung so einzustecken sind, daſs die Platiniridiumspitzen über die Spiritusflamme zu stehen kommen. Der Schaft der Lanzetten ist aus schlecht leitendem Material, sogenannter Fiber gearbeitet. Der Apparat, nebst allem Zubehör in einem Holzkästchen verpackt, wird von Hermann Katsch-München in den Handel gebracht. Der Gebrauch des Instrumentariums ermöglicht es, bis zu 200 Kinder in einer Stunde zu impfen; die Sterilisierung der Lanzetten ist eine absolut sichere. *Götz-München.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Versuche von Übertragung der Lepra auf Tiere, von P. S. Jezierski-Zürich. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 16.) Diese Versuche, welche durchweg ein negatives Resultat ergaben, umfaſsten folgende Beobachtungen: Während sechs Monate befand sich ein junges Meerschweinchen im Zimmer und in enger Berührung mit einem schwerkranken leprösen Knaben. Beim zweiten Versuchstier wurde Nasensekret von einem Leprakranken einem Kaninchen in die Nasenhöhle gewaltsam eingerieben. Ferner wurden einem Kaninchen in die Scheide des N. ischiadicus etwa 3 ccm einer NaCl-Emulsion aus eitrigem leprösen Mundsekret injiziert. Einem anderen Kaninchen wurde bazillenhaltige Vesikatorflüssigkeit unter die Rückenhaut injiziert. Von Vesikatorflüssigkeit wurden 2 ccm einem Meerschweinchen intraperitoneal eingespritzt. Ein ähnlicher Versuch ferner wurde mit frischem Blut eines Leprösen nach Aderlaſs gemacht. Leprabazillenhaltige Vesikatorflüssigkeit wurde einem Kaninchen in die Ohrvene eingespritzt. Bei allen den so behandelten Tieren bestätigte die Sektion einen negativen Befund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Aztekendarstellung der Lepra, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*St. Louis Courier.* April 1907.) Die Figur, ein Statuette von 15 Zoll Höhe, an den Schultern 6 Zoll Breite usf., stammt aus Ameca in Mexico und stellt ein menschliches Wesen in sitzender Stellung mit einwärts gebeugten Beinen dar, und zwar ein weibliches Wesen, nach den mehr oder weniger atrophischen Brüsten, der Art des Nabels und der speziellen Kopftracht zu schlieſsen. Die Summe der Darstellungen können bloſs an eine Krankheit, die Lepra mutilans denken lassen: bei allen Fingern und den Daumen fehlt die erste Phalanx, an der linken Hand sind Daumen und zwei Finger

zufällig gebrochen, der linke Fuſs hat keine Zehen, was besonders gut dargestellt ist. Völliger Mangel an Haaren ist eine weitere Bestätigung; der offene Mund, die starren Augen und die ganze Haltung sind Beweise von Schmerzen und zwar eher von psychischen (über die Hoffnungslosigkeit des Zustandes) als von physischen. Die Zähne zeigen nach ihrer Regelmäſsigkeit und gesundem Aussehen, ebenso wie die abgerundeten Formen der ganzen Figur, ein jüngeres Wesen an. In Anbetracht der beschriebenen Verstümmelungen ist anzunehmen, daſs es sich um einen schweren und rasch verlaufenden Lepraprozeſs handelt, wie sie Verfasser heutzutage ebenfalls gesehen hat und in dieser Form speziell in Indien vorkommen. Im Gegensatz zu dieser eine Krankheit darstellenden Statuette gibt Ohmann-Dumesnil noch die Beschreibung einer anderen, eine Aztekengöttin darstellenden Figur, welche keinerlei Krankheitszeichen trägt. *Stern-München.*

b. *Tuberkulose.*

Wirksame Behandlung der Tuberkulose und Lepra, von F. S. Wernich-Somerset Strand, am Kap. (*Lancet.* 13. und 20. April 1907.) In dieser vorläufigen Mitteilung schildert Verfasser die Versuche, welche er ausgeführt hat unter Verwendung, wie er in einem Zusatz zur Überschrift sagt, eines albumierenden Stoffwechselproduktes, welches er durch chemische Bearbeitung eines im Jahre 1898 von ihm in Boshof in der Orange River Colony entdeckten Bacillus erhielt. Dieser Bacillus scheint mit dem Bacillus subtilis verwandt zu sein, wenn es sich nicht sogar um eine einfache Modifikation desselben handeln sollte. W. verfolgte bei seinen Arbeiten den Gedanken, ob es nicht möglich wäre, aus Saprophyten Stoffwechselprodukte zu gewinnen, welche antitoxisch auf pathogene Mikroorganismen wirken könnten; eine solche Wirkung, nahm er an, könnte nur auf dem Wege der Oxydation eintreten und zu diesem Behufe setzte er dem Produkte der Bazilleneinwirkung Gerbsäure hinzu. Das Verfahren ist, in kurzen Umrissen geschildert, folgendes: man läſst einen Weizenkleienbrei eine Zuckergährung durchmachen und inokuliert die warme angesäuerte Masse mit einer Reinkultur des Bacillus. Dabei erhält man nach einigen Stunden eine dunkelgelbbraune Färbung der bedeckenden Flüssigkeitsschichte. Zusatz von Tannin gibt eine Fällung sowohl in der Flüssigkeit wie in der Masse selbst. Man erhält ein Produkt, das hornartig hart ist, rot und durchscheinend. Es läſst sich zu einem hellroten Pulver verarbeiten, dessen Wirkung bei innerlicher Darreichung auf Lepra, wie W. sagt, zauberhaft ist. Er hat fünf Lepröse mit diesem Mittel behandelt. Nr. 1 war ein 40jähriger eingeborener mit Facies leonina, zwischen 100 und 200 Maculae von verschiedener Gröſse über den ganzen Körper verteilt, totaler Anästhesie der Hände, Füſse und Beine, Atrophie der Muskulatur der Arme und der unteren Extremitäten, so daſs der Gebrauch der Gliedmaſsen so gut wie vollständig aufgehoben war, und anderen leprösen Symptomen. Nach einer Behandlungsdauer von dreiviertel Jahren war Patient bis auf eine geringe Parese der Extensoren der groſsen Zehen als gesund zu bezeichnen. — Fall II war ein 33jähriger Europäer, bei dem die leprösen Symptome drei Jahre lang bestanden hatten. Auch bei diesem Patienten bestand allgemeine Muskelschwäche, so daſs er vollständig hilflos war. Die Genese war dem Berichte nach ganz überraschend. Die drei folgenden Fälle waren eingeborene Männer. Beim Lupus, sofern derselbe rein tuberkulös und ohne Beimischung von eitererregenden Mikroorganismen verläuft, soll dieses Mittel auch ganz überraschende, handgreifliche Wirkungen hervorbringen. Zum Schluſs schildert Verfasser einige Fälle von beginnender Lungentuberkulose mit äuſserst befriedigendem Verlauf, wobei er nochmals betont, daſs sein Mittel nur gegen die Infektion mit Tuberkelbazillen resp. Leprabazillen wirksam sei, nicht aber bei eingetretener sonstiger gemischter Infektion. Es werden weitere Berichte in Aussicht gestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den heutigen Stand der Lupustherapie, von A. Blaschko. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 48.) In einem längeren Vortrage setzt B. auseinander, daſs wir heute über eine Fülle von therapeutischen Maſsnahmen gegenüber dem Lupus verfügen, welche fast alle ihre besonderen Indikationen haben, alle ihre besonderen Vorzüge und Nachteile, die insgesamt aber für die Summe aller Fälle eine sehr günstige Prognose zulassen. Der Lupus ist heute keine furchtbare Krankheit mehr, er ist eine Hautkrankheit, die in ihren Folgen nicht schlimmer ist als viele andere Hautaffektionen und die zu behandeln oft leichter ist als gewisse hartnäckige Formen der Psoriasis und des Ekzems. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Eugallol, von Josef Swiatkiewicz-Lemberg. (*Allg. med. Centralztg.* 1907. Nr. 27.) Die Erfahrungen von 18 behandelten Fällen faſst Swiatkiewicz dahin zusammen, daſs Eugallol auf Lupus vulgaris stark reduzierend wirkt, wobei die 5%ige Lösung kein Resultat ergab, während 20 und 30%ige Lösungen die erkrankten Stellen angriffen. Aber nach Abfallen des Schorfes erwies sich die Einwirkung als zu oberflächlich. Erst 66%ige Eugallollösung rief starke Reaktion hervor; diese wurde in der Weise appliziert, daſs mehrschichtige Gaze gut mit der Lösung durchtränkt wurde und mit ihr die kranken Hautstellen bedeckt wurden. Das Eugallol wirkt dann energisch genug, um selbst tiefgreifende Infiltrate zu zerstören. Die gesunde Haut wird nicht angegriffen; die Behandlung verursacht keinerlei erhebliche Beschwerden und dauert nicht länger als andere Behandlungsmethoden. Die Eugallolanwendung ist auch statthaft, wenn der Krankheitsprozeſs sich auf die Schleimhaut der Nase und Lippen erstreckt. Irgendwelche Komplikationen, wie Nierenzeizung, Temperatursteigerungen sind nicht beobachtet worden.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von Lymphdrüsentuberkulose, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufend, und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen, von H. C. Jacobaeus. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 63. Bd. 1.—4. Heft.) Ein 20jähriger Mann hatte bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine bedeutende Lymphdrüsenanschwellung am Halse, wahrscheinlich von pseudoleukämischer Natur. Diese Geschwulst ging unter Röntgenbehandlung fast völlig zurück. Nach einigen Monaten trat eine starke Milzschwellung auf, welche ebenfalls durch Röntgentherapie zurückging, so daſs das Organ beinahe normale Gröſse erlangte. Nach kurzer Zeit erlag der Patient einer Miliartuberkulose.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen bei dieser pseudoleukämischen Form von Tuberkulose erklärt der Verfasser durch den Bau dieser tuberkulösen Lymphome. Diejenigen Lymphome, in denen die Hyperplasie der lymphoiden Elemente sehr reichlich ist, werden in hohem Grade von der Röntgenbestrahlung beeinfluſst; diejenigen aber, welche bereits zur käsigen Nekrose übergegangen oder die sehr bindegewebsreich sind, werden unbedeutend oder gar nicht beeinfluſst.

Dafür, daſs die Röntgenbehandlung einen verderblichen Einfluſs auf den ganzen Organismus ausgeübt, welcher den Untergang des Patienten verursacht hat, findet der Verfasser keine Anhaltspunkte; eher glaubt er, behaupten zu dürfen, daſs die Röntgenbehandlung einen verhältnismäſsig günstigen Einfluſs gehabt hat, und daſs es möglich ist, dauernde Resultate zu erhalten, wenn man Gelegenheit erhielte, einen solchen Fall im frühen Stadium mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

G. Schourp-Danzig.

c. *Syphilis.*

Über die protozoischen Parasiten bei Syphilis, von Prof. Max Schüller. (*Zentralbl. f. Bakteriol.* 1907. Heft 8.) Sch. vertritt den Standpunkt, daſs man es bei der Spirochaeta pallida als Syphiliserreger mit einem Trugschluſs zu tun habe, und

zwar vor allem deshalb, weil der Nachweis fehlt, daſs diese Parasiten auch durchgehends alle charakteristischen Gewebsveränderungen in den verschiedenen Perioden der Syphilis begleiten, an ihnen einen offensichtlichen Anteil haben, weil sie zu ungleich in der Verteilung gefunden wurden, um in einer greifbaren Beziehung zu den typischen Gewebsveränderungen zu stehen. Im Gegensatz zu den Spirochäten, erklärt Sch., sind seine protozoischen, zu den Sporozoen gehörenden Parasitenformen von ihm an der ersten Infektionsstelle, in der primären Sklerose resp. im harten Schanker, so regelmäſsig und nachweisbar in Gängen und Räumen direkt beschränkt auf die schmale Zone der Infektion vorhanden, daſs sich schon damit die Vorstellung einer innigen Beziehung zur Infektion verbinden muſs. Nach der kurzen Übersicht, die Verfasser sodann an der Hand der Photogramme gibt, sind die wichtigsten Phasen des Syphilisprozesses und die sie begleitenden charakteristischen Gewebsveränderungen stets gebunden an bestimmte Entwicklungsphasen und Formen der von ihm festgestellten sporozoischen Parasiten. Es seien also die typischen Perioden und das charakteristische Auftreten der Syphilis mehr oder wenig direkt geknüpft an die Aufeinanderfolge der Entwicklungsstadien der Parasiten. Bei den wenigen Übertragungsversuchen auf Tiere (speziell Kaninchen) hat Sch. stets die gleichen Parasiten, und zwar in den gleichen Beziehungen ihrer Entwicklungsformen zu den Zellen und Gewebsveränderungen gesehen. Die Übertragung der Syphilis ist nach Sch.s Überzeugung bedingt durch die Übertragung resp. Überimpfung dieser sporozoischen Parasiten, sei es in der schizogonischen oder in der sporogonischen Periode der Entwicklung. Ob dabei die, wie er vorläufig annimmt, mit übertragenen Spirochäten von irgendeiner besonderen Bedeutung sind, muſs er dahingestellt sein lassen, sie scheinen ihm aber keinesfalls eine notwendige Rolle bei den verschiedenen Stadien und Gewebsveränderungen zu spielen. Eine noch genauere parasitologische Prüfung der einzelnen Stadien der Syphilis, so schlieſst Schüller, wird ohne Schwierigkeit die engen Beziehungen beider Entwicklungsarten des Parasiten (die Schizogonie und Sporogonie) zur Syphilis überall in das vollste klare Licht setzen. *Stern-München.*

Zum Nachweis der Spirochaeta pallida in Ausstrichen, von J. Schereschewsky-Moskau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) Ohne Vorbehandlung kommt das zu untersuchende Material auf den entfetteten Objektträger. Der Ausstrich wird in einer Doppelschale über Osmiumdämpfen fixiert, dreimal durch die Flamme gezogen und in eine Petri-Schale mit Giemsa-Mischung gebracht. Alsdann kommt die Schale auf ein dampfendes Wasserbad und verbleibt darauf zugedeckt 10—15 Minuten, wobei gegen Schluſs der Färbung frische Giemsa-Mischung nachgegeben werden muſs. Die Präparate sind genügend gefärbt, wenn der Objektträger auch an unbestrichenen Teilen einen leichten, roten Farbstoffschleier gewonnen hat. Man wäscht kurz ab und untersucht in Öl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Färbung der Spirochaeta pallida (Schaudinn) in Ausstrichpräparaten, von G. Giemsa-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 17.) G. bespricht mit einiger Ausführlichkeit die verschiedenen Fehlerquellen bei der Färbung der Spirochäten und empfiehlt folgende Schnellfärbemethode: 1. Ausstrich auf Objektträger und Lufttrocknung. 2. Fixieren durch Flamme. 3. Färben des im Halter eingeklemmten Objektträgers mit Farbgemisch (zehn Tropfen der Farbstammlösung mit 10 ccm säurefreier Aq. dest. Übergieſsen des Ausstrichs und Anwärmen bis zur schwachen Dampfbildung; eine Viertelminute stehen lassen, abgieſsen und dann noch dreimal so färben; darauf abspülen und untersuchen. In drei Minuten kann die ganze Färbung erledigt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Nachweis der Spirochaeta pallida, seine Bedeutung und praktische Verwertbarkeit für die Diagnose der Syphilis, von RICHARD SCHUSTER - Aachen. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 17.) Es gelang SCHUSTER, eine andere Spirochätenart, Spirochäten von einer Balanitis erosiva circinata im Ausstrich in einwandsfreier Weise mit Silber zu imprägnieren, womit die Streitfrage, ob sich Spirochäten überhaupt im Ausstrich versilbern lassen, im Prinzip gelöst ist. Die Spirochaeta pallida findet sich hingegen stets und ausschließlich in syphilitischen Gewebssäften und Geweben. SCH. schildert nun die Technik zur Gewinnung und Färbung der Präparate. In klinisch zweifelhaften Fällen gestattet ein positiver Spirochätennachweis der pallida die Diagnose Syphilis zu stellen, während ein negativer keine Bedeutung hat. In allen unsicheren Fällen ist, wenn die Umstände es nur eben ermöglichen, der mikroskopische Nachweis zu versuchen und beim Mißlingen noch mehrmals die Mühe nicht zu scheuen. Das Untersuchungsgebiet wird vor allem der Schanker, die Papel und die Lymphdrüse sein, hier wird er nicht selten Spirochaeta pallida finden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die neueren Syphilisuntersuchungen und deren praktische Anwendung, von BOLESLAW LAPOWSKI-New York. (*New York med. Journ.* 20. April 1907.) Die zwei wichtigsten Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Syphilis, welche nicht nur unsere Auffassung von dem Charakter dieser Krankheit ändern und neues Licht auf manche ihrer Erscheinungen werfen, sondern auch unser therapeutisches Handeln modifizieren werden, sind die erfolgreiche Übertragung auf Tiere und die Entdeckung des Syphiliserregers (? Ref.). Bei dem historischen Exkurs über die letztere erwähnt L. die Tatsache, daß die Dourine, eine Krankheit, welche von den Pferden während des sexuellen Aktes akquiriert wird, bakteriologisch und klinisch viel Ähnlichkeit mit Syphilis hat und SCHAUDINN durch diese Analogie allmählich zu seiner Entdeckung kam. Durch die erfolgreichen Überimpfungen auf Affen haben wir, glaubt L., in den letzten zwei Jahren mehr gelernt wie in den vorhergehenden 50 Jahren und nachdem die Anthropoiden, mit Gummaprodukten geimpft, dieselben Symptome zeigten, als wenn mit primären oder sekundären Veränderungen der Syphilis des Menschen geimpft, müssen wir nicht nur annehmen, daß Gummata ansteckend sind, sondern daß deren Virus dasselbe wie das der primären Veränderungen ist und keine qualitative Veränderung während des Verweilens im Organismus eingeht. Die erfolgreiche Überimpfung des Extrakts innerer Organe geimpfter (niederer) Affen auf Anthropoide und die erfolgreiche Überimpfung der Spinalflüssigkeit eines Syphilitikers (während seines ersten Papelausschlages) beweisen, daß das Virus in den inneren Organen während der Frühperiode vorhanden ist und der Grund zu den Tertiärerscheinungen in diesen Organen von dem syphilitischen Virus schon in den Frühstadien der Krankheit gelegt wird. Diese Tatsachen sind sehr wichtig für die Syphilisbehandlung und Prophylaxis. Die METSCHNIKOFFsche Idee, eine 30%ige Kalomelsalbe sobald wie möglich nach einer Infektion aufzutragen, glaubt L., kann ohne Gefahr befolgt werden, wenn auch die Erfolge nach den bezüglichen, nicht ganz einwandsfreien Experimenten noch zweifelhafte sein dürften. Serumtherapie hat sich noch nicht bewährt und wir müssen uns bei der Syphilisbehandlung nun noch mehr des Quecksilbers bedienen, als wir wissen, daß die inneren Organe schon in der Frühperiode der Krankheit ergriffen werden und das Virus in diesen Organen selbst im Tertiärstadium noch wirksam ist; es ist also auch gegen das letztere Quecksilber statt Jodkalium das Heilmittel par excellence. Weitere klinische und experimentelle Forschungen sind aber immer noch notwendig, um das noch ferne Ziel zu erreichen. *Stern-München.*

Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser (Hund) und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis, von E. BERTARELLI-Turin. (*Centralbl. f. Bakteriol.*

1907. Bd. 43. Heft 8.) B. findet in seinen weiteren Untersuchungen seine Vermutung, durch das Kaninchenvirus eine Hornhautsyphilis bei vielen Säugetieren hervorrufen zu können, bestätigt. Er inokulierte mit kleinen, frisch bereiteten Stückchen aus der Hornhaut eines Kaninchens mit Syphilis 7. Überganges einen ziemlich grofsen Hund und ein Schaf und bei beiden zeigten 16 Tage nach der Einimpfung Conjunctiva, Hornhaut und Sclera ganz charakteristische Veränderungen, die noch durch den Nachweis von Spirochäten in den Hornhautausstrichpräparaten Bestätigung fanden. Die Versuche, die Hornhautsyphilis auf Schweine zu übertragen, können noch nicht als positiv angesehen werden. Schliefslich erwähnt B. noch eines ganz eigentümlichen Falles von natürlicher Syphilisinfektion des Kaninchens; sowohl die mikroskopische Untersuchung (nach Exstirpation des Auges), wie der positive Ausgang der Impfung auf andere Kaninchen bestätigen hierbei die syphilitische Natur der Läsion.

Stern-München.

Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affenarten und der Meerschweinchen für dasselbe, von E. Bertarelli-Turin. (*Centralbl. f. Bakteribl.* 1907. Heft 5.) B. kommt in Fortsetzung seiner Versuche (siehe *diese Zeitschr.* Bd. 44, S. 104) zu folgenden Schlufsfolgerungen: Die Syphilis kann beim Kaninchen eine Hornhautinfektion hervorrufen, welche in Übergangsreihen übertragbar ist. Bei dieser Reihenübertragung findet eine entschiedene Verstärkung des Virus statt, während sich der Befund zahlreicher Spirochäten konstant erhält. Beim Kaninchen kann man aufserdem spätere Nervenveränderungen beobachten, welche vielleicht der syphilitischen Infektion zuzuschreiben sind. Mit dem Übergangsvirus kann man Makako infizieren, bei welchem typische Haut- und Hornhauterscheinungen entstehen. Am Ende zeigt sich das Virus auch für Meerschweinchen aktiv, welche man durch dasselbe mit Syphilis infizieren kann — in einer kleinen Zahl der Fälle erhielt B. auch bei diesen eine Spirochätenkeratitis, gegen menschliches Virus scheint es jedoch nicht empfänglich —, und vielleicht sind auch manche andere Tiere (Schweine) für die Kaninchensyphilis empfänglich. Das Hornhautübergangsvirus dürfte also bei den weiteren Impfversuchen mit Syphilis von Bedeutung sein.

Stern-München.

Übertragung der experimentellen Augensyphilis des Kaninchens von Tier zu Tier, von Egon Tomasczewski. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 21.) T. ist es gleich Bertarelli gelungen, beim Kaninchen durch Einimpfung von syphilitischem Material in das Auge parenchymatöse Keratitis (Pannus) zu erzeugen und diesen Pannus durch mehrere Generationen hindurch weiter zu verimpfen; in dem von kranker Hornhaut stammenden Material liefsen sich fast stets Spirochaetae pallidae im Ausstrichpräparat (Giemsa-Färbung) nachweisen. Nach Abklingen der ersten, durch die Impfung bedingten Reizerscheinungen hat T. in der zweiten und dritten Woche post infectionem häufig leichtere Veränderungen der Iris, in der sechsten bis achten Woche bei zwei Versuchstieren eine ausgesprochene Iritis mit starker Gefäfsinjektion des ganzen Bulbus beobachtet; Spirochäten wurden im Irisgewebe nie gefunden. Ob es sich bei diesen und ähnlichen, von anderen Autoren gemachten Beobachtungen um syphilitische Veränderungen der Iris handelt, ist nicht sicher; zweifellos aber ist die beschriebene parenchymatöse Keratitis luetischer Natur. *Götz-München.*

Experimentelle Studien über Syphilis I. Impfsyphilis der Affen, von J. Siegel. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 43. Heft 5 und 6.) Der bekannte Forscher fafst die wichtigsten, von ihm gefundenen Resultate der experimentellen Impfsyphilis folgendermafsen zusammen: 1. Die Übertragungsmöglichkeit der Syphilis auf Kaninchen ist zuerst von ihm und Schulze bewiesen, und zwar durch Weiterverimpfung auf Affen. Dieses Faktum wurde später bestätigt durch Scherber und Neisser. 2. Es ist zuerst

von ihm (SIEGEL) nachgewiesen, dafs mit den inneren Organen der mit Syphilis geimpften Affen weiter geimpft werden kann und später von NEISSER bestätigt. 3. Subcutane Impfung kann ebenso wie kutane eine Infektion hervorrufen. Diese vielfach bekämpfte Tatsache ist neuerdings von NEISSER bestätigt. 4. Es gelingt, bei cynomorphen Affen, besonders bei Pavianen, sekundäre Hauterscheinungen ebenso deutlich, wenn auch nicht in demselben Prozentsatze wie bei Schimpansen hervorzurufen. 5. Es kommen bei cynomorphen Affen Erkrankungen innerer Organe, besonders der Leber vor, die vielleicht auf die Impfung zurückzuführen sind. Bezüglich der Spirochaeta pallida und deren Beziehung zur Syphilis stehe der Cytorrhyktesforscher auf einem völlig negierenden Standpunkt. Die neuerdings von HARTMANN und MÜHLENS unternommenen Versuche, die SCHAUDINNsche Hypothese von der Protozoennatur der Spirochäten zu retten, erklärt er als mifslungen; das Wachstum der Spirochaeta dentium auf festem Nährboden in einer für Bakterien durchaus typischen Weise, die vergeblichen Bemühungen, für Protozoen charakteristische Merkmale wie undulierende Membran und Längsteilungen, mit Sicherheit nachzuweisen, ebenso die früher von THESING beobachtete bakterien-eigentümliche Resistenz gegen Kalilauge bestätigten nur die Bakteriennatur der Spirochäten. Schon aus diesem Grunde fällt jede Wahrscheinlichkeit, dafs eine Spirochäte der Erreger der Syphilis sein könnte; denn ein Bakterium könne nach allem, was wir über diese Gruppe von Kleinlebewesen wissen, unmöglich das mit komplizierten periodischen Zyklen einhergehende Bild der Syphilis hervorrufen. Im übrigen würde es, so erklärt schliefslich S., zu weit führen, auf die vielen Widersprüche und falschen Schlüsse hinzuweisen, die bei der Aufstellung der Spirochätentheorie unterlaufen seien. *Stern-München.*

Über den Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischen, von E. WEIL-Prag. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Durch seine Versuche konnte W. erweisen, dafs Extrakte aus Tumoren mit dem Blute von Luetikern Komplementablenkung in genau derselben Weise zeigen, wie es WASSERMANN und BRUCK bei der Reaktion auf Luesantikörper beschrieben haben. Die Komplementbildung kommt dadurch zustande, dafs gelöste Gewebsstoffe mit dem Blutserum zusammen eine Reaktion geben, welche nach Art eines Präzipitationsvorganges Komplement absorbiert. Die Reaktion auf Luesantikörper ist möglicherweise ebenfalls nur eine Reaktion auf gelöste Gewebsbestandteile. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lippensklerosen, von JEROME KINGSBURY-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 22.) Krankheitsgeschichten von sechs Fällen von Primäraffekten an den Lippen. *Schourp-Danzig.*

Über Reinfectio syphilitica, von CARL OPLATEK-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 15.) Bericht über einen unzweifelhaften Fall von Reinfectio syphilitica bei einem Manne, der beide Male an der Prager Klinik behandelt wurde und über dessen Erkrankungen ausführliche klinische Krankengeschichten vorliegen. Aus der Anamnese, dem klinischen und schliefslich aus dem mikroskopischen Befunde geht mit Sicherheit hervor, dafs es sich tatsächlich um syphilitische Reinfektion handelt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beobachtungen an 2250 Syphilisfällen, von BAYET-Brüssel. (Brüssel 1907, L. Severeyns.) Das in vier Jahren gesammelte Material ergibt folgende statistischen Gesichtspunkte.

Bei Männern finden die zahlreichsten Infektionen im 24. Jahre statt; von 1000 Infektionen entfallen 23 auf das 18., 69 auf das 24. Lebensjahr. Nach dem 30. Jahre zeigt sich eine erhebliche Abnahme. Mehr als die Hälfte aller Infektionen liegen zwischen dem 20. und 30. Jahre.

Bei den Weibern wird schon im 21. Jahre die Höchstzahl mit 90 Fällen erreicht;

es tritt dafür entsprechend früher als beim Manne ein Rückgang ein. Bedeutend seltener als beim Manne ist die Syphilis der Frau im späteren Alter.

Ein Vergleich der Infektionsziffern in der Arbeiterklasse von Paris und Brüssel lehrt, daſs beim Weibe die Höchstzahl in Paris mit 18, in Brüssel mit 21 Jahren erreicht wird. Beim Manne ist ein ähnlicher Unterschied, jedoch nicht ganz so ausgesprochen. Ein Vergleich der bürgerlichen und Arbeiterklasse lehrt, daſs die Höchstzahl von der letzteren früher erreicht wird.

Von der Gesamtzahl der Infizierten in Brüssel entfallen auf die eingeschriebenen Prostituierten 6,7 %, auf die heimlichen 52,2 %, auf Frauen, die gelegentlich geschlechtlich verkehren, 23,5 %, Maitressen 11,2 %, Ehefrauen 6,4 %. Diese Zahlen sprechen deutlich für die Gefahren durch die heimliche Prostitution.

Schucht-Danzig.

Über zwei Fälle von Syphilis, welche Abdominaltyphus vortäuschten, von J. D. Rolleston-London. (*Med. Press and Circ.* 20. März 1907.) Die in mancherlei Hinsicht interessanten Krankengeschichten lauten folgendermaſsen:

I. Ein 35 jähriger Schlachter erkrankte mit Rachenbeschwerden, intensiven Kopfschmerzen, Delirien und Fieber. Er wurde drei Wochen nach Beginn der Erkrankung im Krankenhaus aufgenommen mit folgendem Befunde: am Stamm und den Extremitäten ein kupferroter, fleckiger und papulöser Ausschlag mit Schuppen; am Penis auf der Übergangsstelle zwischen Praeputium und Corona glandis ein in der Heilung begriffenes Ulcus; Drüsenschwellungen in der Leiste, am Hinterkopf und Ellenbogen; Leber geschwollen, Milz nicht vergröſsert; Ptosis beiderseits; Widalsche Probe negativ; Tod erfolgte trotz geeigneter Behandlung im Laufe von etwa vier Wochen.

II. Ein 19 jähriges Mädchen wurde ebenfalls mit der Diagnose Abdominaltyphus ins Krankenhaus geschickt. Etwa acht Tage zuvor hatte sie über Kopfweh geklagt, und es waren einzelne Flecke an den Beinen bemerkt worden. Man konstatierte benommenes Sensorium, dickbelegte Zunge, Belag an den Zähnen, Fieber (39,6°), keine Milzschwellung, kein Meteorismus, dagegen einige schmutzigrote Papeln am Rücken und Gesäſs und im weiteren Verlauf eine allgemeine Roseola, Drüsenschwellungen usw. Unter Hg-Behandlung erholte sich die Kranke. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Behandlung der malignen Syphilis, von Meschtscherski. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1907. Bd. LXVII. Nr. 11.) An der Hand von 27 näher besprochenen Fällen von maligner Syphilis beschreibt Verfasser die an der Pospelowschen Klinik übliche Behandlung dieser Syphilisform. Ausgehend von der durch die Klinik, wie durch das Experiment bestätigten Erfahrung, daſs die hauptsächlichsten Ursachen der bösartigen Syphilis im Organismus des Kranken selbst liegen, wird an der genannten Klinik mit bestem Erfolg der Hauptwert auf die allgemeine Hebung des Organismus, durch subcutane Injektion von Arsenik bei gleichzeitigem inneren Gebrauch von Jodnatrium in steigender Dosis, gelegt. Erst wenn es unter dieser Behandlung, welche gelegentlich noch durch Indikation von Fleischsaft, Sanatogen usw. vervollständigt wird, gelungen ist, den allgemeinen Kräftezustand bedeutend zu heben und wenn die Ulcera zu verheilen beginnen, dann erst wird zu Quecksilber übergegangen.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Syphilis maligna im Lichte der Immunitätslehre, von J. Sellei-Budapest. (*Gyógyászat.* 1907. Nr. 12.) Nach einer kurzen Rekapitulation der klinischen Symptome der Syphilis maligna bespricht S. die neueren Untersuchungen von Neisser, Finger und Landsteiner, erörtert die bisher angestellten Untersuchungen bezüglich der Bildung der Antikörper und kommt zu dem Schluſs, daſs, wenn sich bei syphilitischen Infektionen in der Haut keine Antikörper in der erforderlichen Menge bilden, die Haut sich also gegen das Virus nicht refraktär verhält, die Haut nicht denjenigen Grad der Resistenz

erreicht, die sie gegen die Wirksamkeit des Virus zu schützen imstande ist, so tritt der Zustand ein, den man Malignität nennt. Bei der Syphilis maligna bilden sich nach S.s Ansicht also die spezifischen Antikörper in ungenügender Menge. In erster Reihe kommen hier die in der Haut produzierten Antikörper in Betracht, was auch zur Folge hat, dafs sich der Prozefs in erster Linie auf der Haut abspielt. Innere Organe zeigen nur accidentelle Erscheinungen und nur selten mit den Hautsymptomen korrespondierende, schwere Erscheinungen. S. meint, dafs nicht eine spezielle Eigenschaft des Virus als Ursache herangezogen werden kann, denn aus ein und derselben Quelle stammende Syphilis ruft bei dem einen Individuum gewöhnliche, bei dem anderen jedoch maligne Erscheinungen hervor. *B. Kollarits-Budapest.*

Über Fieber bei tertiärer Syphilis und die damit verbundenen visceralen und sonstigen Abnormitäten, von F. P. Weber-London. (*Lancet.* 16. März 1907.) Aufser einer ziemlich eingehenden Berücksichtigung der Literatur enthält der Artikel interessante Krankengeschichten über fünf Fälle von Spätsyphilis mit gelegentlichen Temperatursteigerungen. Beim ersten Falle handelte es sich um eine 36jährige Frau, welche wegen intensiver Magenbeschwerden mit Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen und zuweilen Haematemese oder Haemoptoë wiederholt in Behandlung war. Dabei waren Leber und Milz vergröfsert und zu wiederholten Malen wurden Temperatursteigerungen hektischer Art bis zu 39,6° konstatiert. Die Diagnose Syphilis gründete sich auf den Zustand der Leber und Milz (Perihepatitis und Perilienitis) und einige minder ausgesprochene Symptome. Die antisyphilitische Therapie war durchaus erfolgreich. Ein zweiter Fall betraf eine 26jährige Patientin mit Erscheinungen intestinalen Katarrhs, während bei dem dritten Fall, einem 37jährigen Seemann, die ersten Symptome auf akuten Gelenkrheumatismus schliefsen liefsen. Bei den Fällen vier und fünf war der Zusammenhang des Fiebers mit einer syphilitischen Erkrankung nicht so klar erwiesen, doch mochte es sich hierbei um gummöse Affektionen an Knochen und Periost gehandelt haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fieber bei tertiärer Syphilis, von J. D. Rolleston-London. (*Lancet.* 30. März 1907.) Aus der früheren Literatur über Syphilis führt R. kurz einige kurze Notizen an, aus denen hervorgeht, dafs bereits im 16. Jahrhundert den Ärzten das Auftreten von Fieberzuständen bei Syphilis, namentlich in den späteren Stadien, wohlbekannt war, wie dies in dem Sammelwerk von Luisinus und vorher schon in den Beschreibungen von Ambroise Paré, Fracastor, Fallopius und Ulrich von Hutten erwähnt wird. Andere Autoren, welche ebenfalls sich über syphilitisches Fieber auslassen, sind Vigo, Haschard, Rondelet, Brassavolus, Turner, welche alle noch vor Hunter lebten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hereditäre Syphilis bei einem 12½ Jahre alten Knaben, von Troisfontaines. (Liège. Imprim. Faust-Truyen 1907.) Das Kind rezent syphilitischer Eltern wog 25 Tage post partum 750 g. In den ersten drei Lebensjahren mit Hg in Form des Liquor van Swieten behandelt, entwickelte es sich später ganz normal. Sofort nach der Geburt bekam es 20, dann 25 und später sechs Monate lang 10 Tropfen pro die. Autor hat von diesem Medikament bei Kindern immer gute Erfolge gesehen.

Schucht-Danzig.

Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der grofsen Gefäfse bei kongenitaler Lues, von Egon Rach und Richard Wiesner-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Die ersten Mitteilungen der Verfasser über histologische Veränderungen in den grofsen Gefäfsen kongenital-luetischer Kinder wurden durch die Arbeiten Bruyens bestätigt. Jetzt berichten Verfasser über 27 neue Fälle von sichergestellter kongenitaler Syphilis, die wiederum die Befunde an den Gefäfsen bestätigen, die in Zellinfiltrationen und Zellwucherungen im Bereiche der Adventitia

und in den benachbarten Schichten der Media, sowie in Obliteration der Vasa vasorum bestehen. Die Erkrankung der Hauptgefäfsstämme und die sonstigen Organerkrankungen bei kongenitaler Lues sind voneinander unabhängig, so dafs auch erstere als selbständige Erkrankung angesehen werden können. Die Erkrankung der grofsen Gefäfse bei den kongenital-luetischen Kindern, die in den ersten Lebenstagen starben, gehören zu den relativ häufigsten Teilerscheinungen dieser Allgemeinerkrankung. Spirochäten waren bei den Untersuchungen aufser in vier Fällen in den erkrankten Aorten und Pulmonalarterien mittels der Silberfärbung nie nachzuweisen, auch nicht mit der Dunkelfeldbeleuchtung konnten Spirochäten in den grofsen Gefäfsen gefunden werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Beziehungen der Syphilis zur perniciösen Anämie, von Jakob Ausderau. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) Schlufssätze: Die vorliegende Beobachtung zeigt das gleichzeitige Bestehen schwerer tertiärer Lues neben vollständig typischer perniciöser Anämie. Die Beobachtungen aus der Literatur ergeben zwar ab und zu das Zusammentreffen beider Krankheiten; doch ist bisher nur einmal (Fall Laache) die Syphilis in floridem Stadium gewesen. Alle bis jetzt vorliegenden Momente für eine direkte Entstehung der perniciösen Anämie auf syphilitischem Boden sind äufserst wenig beweiskräftig. Bei unserem Fall ist dagegen ein kausaler Zusammenhang zwischen den genannten Affektionen mit gröfster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, erstens aus dem gleichzeitigen Vorkommen und zweitens aus der Dauerheilung ohne jedes Rezidiv, was nach allen bisherigen Erfahrungen niemals bei kryptogenetischen Formen, sondern immer nur bei perniciöser Anämie auf dem Boden erkannter Ursache beobachtet ist. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von multiplem Aortenaneurysma auf luetischer und atheromatöser Grundlage, von Erich Aschenheim. (Inaug.-Dissert. München 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Über die schwielige Arteriosklerose und ihre Beziehung zur Syphilis, von Georg Molinari. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Metrorrhagia syphilitica, von A. A. Muratow-Kiew. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1907. Nr. 27.) Aus einer angeführten Krankheitsgeschichte geht hervor, dafs die Gebärmutterblutungen bei einer 23jährigen Patientin von keiner Medikation beeinflufsbar waren, bis durch Einnahme von Quecksilberpillen erreicht wurde, dafs die Blutungen aufhörten. Im Anschlufs an einen Überblick über die diesbezügliche Literatur bemerkt der Verfasser, dafs Gebärmutterblutungen auf syphilitischer Basis aller Wahrscheinlichkeit nach nicht so selten sind, so dafs bei allen lang anhaltenden und ätiologisch unklaren Gebärmutterblutungen eine ausführliche Untersuchung auf Lues vorzunehmen ist. *G. Schourp-Danzig.*

Über luetische Nekrose am Alveolarfortsatz der Kiefer, von Hans Ahrens. (Inaug.-Dissert. München 1906.) Die als Folgeerscheinung der Lues auftretende Kiefernekrose ist wegen ihrer relativen Häufigkeit eine der praktisch wichtigsten Formen von Nekrose der Kiefer. Sie tritt im tertiären Stadium auf und findet sich mit Vorliebe am harten Gaumen. Dort bildet sich zunächst ein kleines, ziemlich stark prominierendes Knötchen aus Rund- und Riesenzellen: das Gumma. Die Konsistenz ist anfangs derb bis hart und wird allmählich elastisch. Nach einiger Zeit tritt ein eitriger Zerfall der Geschwulst ein: es entsteht das typische luetische Geschwür. Verfasser bespricht die in der Literatur mitgeteilten Fälle und gibt dann eine Beschreibung von sechs neuen Fällen, die ihm von Prof. Berten (zahnärztliches Institut in Würzburg resp. München) zur Bearbeitung überlassen wurden. Die luetischen Nekrosen bilden in noch höherem Grade für den Patienten genau alle die Gefahren, die jeder eitrige Prozefs dem Organismus bietet. Wenngleich bei diesen Fällen der letale Ausgang selten ist, so

können doch sehr unangenehme Nebenerscheinungen auftreten. Sobald die Diagnose auf luetische Nekrose gestellt ist, mufs die spezifische Therapie eingeleitet werden. Für alle die Fälle von Kiefernekrose auf luetischer Grundlage ist der eigentümlich geringe Schmerz charakteristisch. Trotz der manchmal sehr bedeutenden Ausdehnung der Affektion ist die Empfindlichkeit meistens nur unbedeutend. Diese Tatsache wird allgemein hervorgehoben. Differentialdiagnostisch kommt auch Tuberkulose in Betracht. Leicht ist namentlich im Anfangsstadium der luetischen Nekrose eine Verwechselung mit Aktinomykose. Hier sind Anamnese und frühere Beschäftigung des Patienten zu beachten. Den Ausschlag wird eine mikroskopische Untersuchung des Sekretes liefern. Eine Angabe, die vielfach für die luetische Nekrose als diagnostisch wichtiges Zeichen angeführt wird, hat Verfasser an seinen Fällen nicht bestätigt gefunden, dafs bei luetischer Nekrose die Eiterung geringer sein soll, als bei den anderen (tuberkulösen, aktinomykotischen und Phosphor-Nekrosen). In allen vom Verfasser beobachteten Fällen hat die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ausgezeichnete Dienste geleistet. Elf Bilder auf vier Tafeln erhöhen den Wert der Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über Onychia pigmentosa, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 14.) Bei einem Manne, der vier Monate vorher syphilitisch infiziert worden war, trat eine Rötung des Nagelfalzes an sämtlichen Fingern auf; die Nägel beider Mittel- und Ringfinger wurden trüb und rauh, hoben sich allmählich von der Unterlage ab und zeigten schliefslich ausgesprochen graue Farbe. An den Nägeln der beiden Zeigefinger bildeten sich zunächst am tiefsten Rande des Falzes dunklere Stellen, dann aber wurde der rechte Zeigefingernagel in toto, der linke zur Hälfte tiefschwarz; dabei blieb die Oberfläche glatt, ein Abheben von der Unterlage fand nicht statt, die Verfärbung ging durch die ganze Nagelplatte. Die mikroskopische Untersuchung solcher schwarzen Nagelsubstanz liefs lamellenartig zusammengeschobene, von gelblichem bis bräunlichem bis schwärzlichem Pigment erfüllte Hornmassen erkennen. Die Verfärbung dieser beiden Nägel kann nicht wie die Verfärbung der von ihrer Unterlage abgehobenen Mittel- und Ringfingernägel auf Verunreinigung durch färbende, von aufsen eingedrungene Elemente zurückgeführt werden; man mufs vielmehr annehmen, dafs durch den luetischen Prozefs der Nagelmatrix an den Zeigefingern Pigment zugeführt wurde, das auch in die Nagelsubstanz gelangte. Bei Nagelveränderungen nicht-syphilitischer Natur hat V. aufser Färbung durch Blutpigment keine auffälligen Pigmentierungen beobachtet. *Götz-München.*

Beitrag zum klinischen und anatomischen Bild der Lues cerebrospinalis, von Tiedemann und T. Nambu-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte einer 39jährigen Frau, bei der eine allmählich entstandene, im Laufe der Jahre stärker gewordene atrophische Lähmung der Beine und Arme mit zeitweiser Steigerung der Reflexe an den Beinen, Mastdarm- und Blasenstörungen, ausstrahlende Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nervenstämme und am Ende der Krankheit hochgradige Hyperästhesie der Haut, sonst aber keine Sensibilitätsstörungen zu konstatieren waren. Aufserdem bestand ausgesprochene Ataxie an Armen und Beinen und zeitweise unstillbares Erbrechen, das an die Magenkrisen der Tabiker erinnerte. Von cerebralen Symptomen waren sehr heftige Kopfschmerzen, reflektorische Pupillenstarre und eine nur unvollkommene, flüchtige Facialisparese vorhanden. Die Diagnose wurde trotz der bestehenden Ataxie und des unstillbaren Erbrechens, also ausgesprochen tabischer Erscheinungen, auf Meningomyelitis syphilitica gestellt; es schien sich um einen der seltenen Fälle von Lues spinalis zu handeln, die infolge Übergreifens des spezifischen Prozesses von den Meningen auf die Hinterstränge so grofse Ähnlichkeit mit Tabes dorsalis haben, dafs Oppenheim für sie die Bezeichnung Pseudotabes syphilitica vorschlug. Das Ergebnis

der Sektion und der mikroskopischen Untersuchung bestätigten diese Auffassung durchaus; es fand sich nämlich ein kleines Gumma an den inneren Meningen der Hirnbasis, chronische Meningitis im Bereiche der Hirnbasis und des ganzen Rückenmarks· Endarteriitis obliterans der Meningealgefäfse, periphere, oberflächliche Rindendegeneration am Rückenmark und starke Degeneration der Hinterstränge des Hals- und Lendenmarkes. Spirochäten in den entzündeten Meningen nachzuweisen, gelang nicht; doch konnte das bei dem langen Bestande der Krankheit nicht auffallen.

Götz-München.

Zur Tabes-Syphilisfrage, von Ernst Patschke. (Inaug.-Dissert.) Verfasser teilt vier Fälle mit, bei denen neben ausgesprochener Tabes dorsalis gleichzeitig tertiär luetische Erscheinungen vorhanden waren.

I. 42jährige Arbeiterin. Seit dem 24. Lebensjahr verheiratet und Mutter von drei gesunden Kindern. Das vierte Kind starb unter Symptomen von Geisteskrankheit angeblich im Anschlufs an einen Unfall im Alter von fünf Jahren. Zeit der syphilitischen Infektion unbekannt. Keine spezifische Kur. Seit dem 36. Jahre litt Patientin an typischen luetischen Ulcera an den Unterschenkeln, sowie im Gesicht und auf der linken Schulter, die allmählich immer weitere Ausbreitung nahmen (s. Abbildung). Mit 38 Jahren traten lanzinierende Schmerzen und zeitweilige Schwindelanfälle hinzu; im weiteren Verlauf auch alle anderen Symptome der Tabes, während die genannten luetischen Erscheinungen in seltener Ausdehnung weiter bestanden. Nach spezifischer Behandlung (Quecksilber, Jodipin) verschwanden letztere vollkommen; die Tabes kam zu einem kurzen Stillstand.

II. 46jähriger Rentner. Im Alter von 35 Jahren syphilitisch infiziert. Nach Schmierkur Rückgang aller Krankheitszeichen. Zehn Jahre später Blasengumma und tertiäres Ulcus uvulae, sowie Symptomentrias der Tabes. Heilung der Syphilis nach Behandlung mit Hg und Jodipin; keine Beeinflussung der Tabes dadurch.

III. 41jähriger Patient; akquirierte mit 19 Jahren Lues. Auf eine Schmierkur anscheinend Heilung. Elf Jahre später stellte sich das erste Zeichen der Tabes ein: lanzinierende Schmerzen in den Beinen, allmählich auch Romberg und reflektorische Pupillenstarre. 1903 Ulcera syphilitica cruris, welche durch spezifische Therapie schnell wieder heilten. Tabes blieb dadurch auch hier unbeeinflufst.

IV. 38jährige Arbeiterin. Seit 13 Jahren verheiratet und Mutter dreier gesunder Kinder. Zwei Jahre nach der Geburt des letzten Kindes fand eine syphilitische Infektion statt. Seit 1905 lanzinierende Schmerzen, sowie Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Später auch Romberg, reflektorische Pupillenstarre und Ungleichheit der Pupillen; die Patellarreflexe waren dagegen zu dieser Zeit noch erhöht. Die Kopfschmerzen wurden allmählich immer intensiver und das Sensorium zeitweise getrübt. Die Diagnose lautete Tabes dorsalis; Meningitis syphilitica.

Die Therapie bestand in Sublimatinjektionen; später wurde Jodkalium verabreicht, worauf die Kopfschmerzen schwanden und das Sensorium frei wurde. Romberg und die Pupillenerscheinungen dauerten fort. Die Patellarreflexe erloschen allmählich. Eine Lumbalpunktion ergab deutliche Vermehrung der kleinen Lymphocyten im Liquor; daneben vereinzelte grofse Lymphocyten und polynukleäre Leukocyten. Das Vorhandensein dieser beiden letzten Zellarten wird von Schoenborn bei einem Falle betont, bei dem die Diagnose ebenfalls wie hier Tabes dorsalis kompliziert mit Meningitis syphilitica lautete.

Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs

1. Die Tabes wohl sicher als „quartär“ syphilitische Erkrankung aufzufassen sei;

2. dafs eine antisyphilitische Kur die Tabes in den frühesten Anfängen beeinflussen könnte;

3. dafs das Auftreten von grofsen Lymphocyten und polynukleären Leukocyten im Liquor cerebrospinalis vielleicht als ein Charakteristikum der Meningitis syphilitica anzusprechen sei. Autoreferat.

Die Lungentuberkulose bei den Syphilitikern, von EMILE SERGENT. (Syphilis et tuberculose, nach *Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 13.) Wenn ein Mensch mit weit vorgeschrittener Lungentuberkulose Syphilis akquiriert, dann wird die Tuberkulose sich rapid verschlimmern und bald zum Tode führen. In Fällen von torpider Tuberkulose dagegen hat nach S. die Syphilisation, wenn es sich um widerstandsfähige Individuen handelt und die erste durch die neue Infektion erzeugte Schwächung des Organismus überstanden ist, überraschenderweise häufig eine unverkennbare Besserung der Lungenaffektion zur Folge. — Erkrankt ein Syphilitiker während des ersten Stadiums der Lues an Tuberkulose, dann nimmt die Lungenkrankheit gewöhnlich einen sehr schlimmen, rapiden Verlauf. Dagegen scheint Tuberkulose, die einen Syphilitiker während der tertiären Periode befällt, in der Regel den fibrösen Typus, also einen verhältnismäfsig ungefährlichen Charakter anzunehmen.

Dafs bei Kranken mit Tuberkulose und Syphilis Gebrauch von Quecksilber einen ungünstigen Einflufs auf die Tuberkulose ausübt, wie immer wieder behauptet wird, trifft nach S. wenigstens sehr häufig nicht zu. Im Gegenteil: richtig durchgeführt und in ihrer Wirkung sorgfältig kontrolliert beseitigt die Quecksilberbehandlung nicht nur die syphilitischen Manifestationen, sondern führt auch, da sie eine Kräftigung des ganzen Organismus bewirkt, zu einer Besserung der tuberkulösen Erscheinungen. Zur Behandlung der tuberkulösen Syphilitiker empfiehlt S. die Injektion löslicher Quecksilbersalze; daneben gibt er Kreosot und allgemein tonisierende Mittel und schickt die Kranken womöglich aufs Land. Jod darf, da es leicht Kongestionen verursacht, nicht verordnet werden. *Götz-München.*

Diagnose und Behandlung des Zungencarcinoms bei Syphilitikern. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 11.) Die Syphilis vermindert die Widerstandsfähigkeit mancher Partien des Körpers und begünstigt dadurch die Entstehung maligner Neoplasmen an diesen Stellen. So entwickeln sich recht häufig aus syphilitischen Leukoplakien, zuweilen aber auch aus gummösen oder sklero-gummösen Veränderungen der Zunge Carcinome. Charakteristisch für die Zungenkrebse sind neben dem Aussehen und der Härte der Geschwulst namentlich die nach dem Ohr zu ausstrahlenden Schmerzen, die vermehrte Speichelsekretion, der fötide Geruch aus dem Munde und die Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Abgeheilte gummöse oder sklero-gummöse Prozesse der Zunge scheinen die Bildung von Carcinomen eher zu erschweren; sie hinterlassen ein sklerosiertes Gewebe, in dem sich ein Epitheliom nicht so leicht ausbreiten kann. — Luetische Veränderungen an der Zunge erheischen wegen der Gefahr der Carcinombildung eine energische prophylaktische Behandlung. Wo aber syphilitische Prozesse und Carcinome nebeneinander bestehen, mufs zuerst gegen die Syphilis durch Injektionen von Kalomel oder Oleum cinereum vorgegangen werden. Sobald die durch die Einspritzungen hervorgerufene Besserung nicht mehr weiter fortschreitet, ist die Zeit zur operativen Behandlung der Neubildung gekommen. *Götz-München.*

Über eine Nachweisestelle syphilitischer Ammen, von FRANZ NAGELSCHMIDT. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 7.) Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs in seiner „Finsenklinik" in Berlin in hierfür reservierten Räumen geschlechtskranke Frauen aufgenommen werden. Da in dieser Klinik auch Hautkranke und urologische Fälle Aufnahme finden, so haftet ihr nicht das Omen eines nur für Geschlechtskranke bestimmten Krankenhauses. So finden hier sorgfältige und sachgemäfse Behandlung Frauen, die sonst von den meisten Entbindungsanstalten abgewiesen werden. Aufser-

dem hofft Verfasser auf diese Weise dem grofsen Übelstande abzuhelfen, dafs einerseits syphilitische Ammen in gesunde Familien zur Ernährung gesunder Kinder kommen, andererseits gesunde Ammen zur Stillung hereditär-syphilitischer Säuglinge engagiert werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Einige Betrachtungen über die Präventivmethoden gegen Syphilis, von Dupuy. (*Thèse de Paris.* 1907.) Bisher gibt es noch keine zuverlässige Methode. *Fritz Loeb-München.*

Behandlung der Spätformen der Syphilis, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 21.) v. Zeissl vertritt auch in dieser Arbeit seinen Standpunkt, dafs er Syphiliskranke nur dann behandelt, wenn sie Erscheinungen zeigen. Er bespricht die Allgemein- und Lokalbehandlung der syphilitischen Spätformen, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Syphilisbehandlung mit „Sozojodol-Quecksilber", von Hugo Tausig-Wien. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 6.) Verfasser, der Militärarzt ist, begrüfst im intern dargereichten Sozojodol-Quecksilber ein Mittel, das imstande ist, die Heilung der Lues „schmerzlos und ohne Berufsstörung" zu bewirken, und mit dem er Resultate erzielte, die jenen der Schmierkur und der Injektionsbehandlung vollkommen gleich kommen.

In der letzten Zeit behandelt Verfasser die mit Lues behafteten Rekruten mit Injektionen von Hydrargyrum sozojodolicum, wobei ein „auffallend rasches" Zurückgehen der Erscheinungen zu beobachten war.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Verschiedenes.

Untersuchung über die Wirkung der Kromayer-Lampe und der Finsen-Reyn-Lampe auf Chlorsilberpapier, von E. S. Johansen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Die Kromayer-Lampe ist der Finsen-Reyn-Lampe betreffs der äufsersten ultravioletten Strahlen ungemein überlegen, während es umgekehrt ist in bezug auf das sichtbare Spektrum. Was die inneren ultravioletten Strahlen betrifft, so geben dieselben ungefähr dieselbe Schwärzung, da jedoch die Schwärzung der Quecksilberlampe in diesem Spektralgebiet in überwiegendem Grade der starken Linie bei 0,366 μ zuzuschreiben ist, während die Schwärzung der Finsen-Reyn-Lampe hauptsächlich von der Cyanlinie bei 0,388 μ herrührt, wo die Empfindlichkeit des Quecksilberpapiers bedeutend geringer ist, so ist es höchst wahrscheinlich, dafs die Finsen-Reyn-Lampe auch hier bezüglich der Intensität die überlegenere ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. № 7. 1. Oktober 1907.

Aus dem königl. dermatologischen Institute KARL ALBERT (St. Ludwig-Hospital-Turin).

Über die Atrophia maculosa cutis.

Von

Dr. KARL VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie an der königl. Universität Bologna.

Mit einer Abbildung im Text.

Im Jahre 1902 versuchte HEUSS auf histologischer Basis für die Atrophia maculosa cutis eine genaue Definition festzusetzen, damit dieselbe in der dermatologischen Klassifikation eine feste Stellung als selbstständige Affektion angewiesen erhalte. Nach HEUSS besteht das besondere Merkmal der Krankheit in der umschriebenen und elektiven Zerstörung des elastischen Gewebes, mit sehr wenig ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen, die sich sogar klinisch meist nicht nachweisen lassen. Das klinische Symptom der Atrophie wird hierbei als Verbindungsglied einer Reihe öfters in bezug auf Ätiologie und Pathogenese sehr verschiedener Veränderungen verwendet. Nach der Arbeit von HEUSS gelangen wir, durch eine spärliche Kasuistik hindurch, zu einer neueren Arbeit von THIBIERGE aus dem Jahre 1905. Ausgehend von seiner „Atrophodermie en plaques", worüber er im Jahre 1891 berichtet hatte, entwickelt er hier seine neue Theorie, durch welche er das ganze interessante, von HEUSS entworfene Krankheitsbild umstürzt und der Kasuistik, wie sie sich aus der ersten Beobachtung von JADASSOHN (1892) ableiten läſst, eine andere Richtung gibt. In letzter Zeit ist OPPENHEIM, welcher noch in bezug auf einen Teil der Kasuistik der Auffassungsweise THIBIERGE beipflichtet, teilweise doch der Ansicht von HEUSS beigetreten. HEUSS und OPPENHEIM suchen die Atrophia maculosa cutis als Typus zu individualisieren, im Gegensatze zu THIBIERGE, welcher die Dermatose unter dem Kapitel „Lupus érythemateux à forme d'atrophodermies en plaques" behandelt hat. Indem jedoch HEUSS und OPPENHEIM diese Atrophia maculosa cutis als ein Tuberkulid auffaſsten, muſsten sie notwendigerweise in manchen Punkten

mit den Ansichten von THIBIERGE in Übereinstimmung gelangen, indem sie seinen geistreichen Betrachtungen über die Bedeutung des Ausdruckes Tuberkulid den Weg ebneten, der auch heute dem typischen sowohl als dem atypischen erythematösen Lupus zukommt.

Bevor ich an die Beschreibung meiner zwei Fälle gehe, will ich noch einen kurzen kasuistischen Überblick geben, einschließend den Zeitraum von der ersten Mitteilung von THIBIERGE bis zur letzten von BECK.

Fall von THIBIERGE. — Als dieser Autor im Dezember 1891 in der französischen dermatologischen Gesellschaft seine Patientin unter dem Titel Atrophodermie en plaques vorstellte, war der Sitz der Läsion auf die Wangen beschränkt; sie hatte sich langsam und ohne subjektive Beschwerden zu verursachen entwickelt. Auf der rechten Wange befand sich eine fast kreisrunde Plaque, die vor zwei Jahren aufgetreten war; sie hatten den Durchmesser von einem 10-Centimesstück, lag etwas unter dem umgebenden Hautniveau und zeigte keinen hyperämischen oder pigmentierten Hof; die Ränder waren scharf, die Farbe blaſsrot, unter dem Drucke verschwindend; die Konsistenz war etwas unter der normalen; sie war gänzlich schmerzlos. Auf der linken Wange lag eine andere Plaque von derselben Natur wie die erstere, aber von mehr ovaler Gestalt, etwas kleiner und erst seit acht Monaten entstanden. Wenige Monate, nachdem die Patientin in der Gesellschaft vorgestellt worden, stellten sich andere Läsionen auf der Kopfhaut ein, während die Plaques auf den Wangen langsam an Umfang zunahmen, so daſs 14 Jahre später die Plaque auf der rechten Wange etwa doppelt so groſs war; auch ihre morphologischen Merkmale hatten sich etwas verändert: im vorderen und äuſseren Abschnitte war sie noch immer etwas deprimiert; an den anderen Stellen lag sie auf der Höhe des umgebenden Hautniveaus. Der gröſste Teil der Plaque ist weiſs, glänzend und sieht an der Peripherie beinahe normal aus; bei Beschleunigung der Blutzirkulation im Gesichte erscheint die Plaque hyperämisch und tritt deutlicher hervor. Die Oberfläche der Plaque ist dünn, die Follikelmündungen wenig hervortretend. Die Konsistenz ist im groſsen und ganzen etwas fester als normal und nähert sich an einzelnen Stellen derjenigen der sklerodermatischen Gewebe. Die Plaque der linken Wange ist weit über das Doppelte gewachsen; sie ist von gleichmäſsigerer weiſser Farbe; die Oberfläche trägt feine Fältchen mit wenig sichtbaren Follikeln und ab und zu einem kleinen Lentigofleck; sie ist nicht sehr elastisch und von festerer Konsistenz als normal.

Eine andere Plaque von der Gröſse eines Frankenstückes nimmt einen Teil der haarlosen Stirngegend ein, erstreckt sich aber auch teilweise auf den Haarboden. Sie sieht weiſslich aus, glänzend, narbenartig, trägt keine

Schuppen und zeigt etwas vermehrte Konsistenz. Da, wo die Plaque auf den Haarboden übergreift, ist die Stelle kahl; auf der haarlosen Stirnpartie bildet sie einen unregelmäſsigen, roten Fleck mit vergröſserten Follikelmündungen, wie man sie beim Lupus erythematosus sieht. Eine andere kahle Plaque, ganz aussehend wie die eben beschriebene, findet sich in der rechten Fronto-Parietalgegend auf der behaarten Kopfhaut. Hinter dieser letzteren liegt eine weitere, von unregelmäſsigerer Form, etwas unter dem umgebenden Hautniveau liegend, nicht scharf begrenzt und aussehend wie atrophisches Narbengewebe. Eine weitere, den vorigen ähnliche Plaque, aber etwas kleiner, liegt hinter dem rechten Ohre und eine Anzahl linsenartiger, aber sonst den vorigen analogen Flecken konstatiert man auf dem Nacken und der linken Schläfengegend.

Die Patientin ist bleich, anämisch; untrügliche Zeichen von Tuberkulose (an welcher Affektion ihr Vater gestorben ist) weist sie jedoch keine auf.

Im Jahre 1891 glaubte THIBIERGE die Ursache der Affektion auf eine neurotrophische Störung zurückführen zu müssen; der weitere Verlauf der Affektion jedoch, ihr Sitz, die Symmetrie der Läsionen, die Konstitution der Patientin und die erbliche Belastung veranlaſsten ihn aber, den Fall im Jahre 1905 als atypischen Lupus erythematosus vorzustellen.

Fall von JADASSOHN. — Noch vor THIBIERGE hatte J. im Jahre 1891 in der Deutschen Gesellschaft einen ähnlichen Fall vorgestellt. Es handelte sich um eine 23jährige Frau, die seit zwei Jahren an einem Tumor albus des Knies litt. Die Dermatose selbst war fünf Jahre früher unter der Gestalt von roten Flecken an den Ellenbogen aufgetreten. Die Haut der Handrücken ist glatt, dünn und glänzend. Auf der Streckseite der Arme und Vorderarme sieht man unregelmäſsig verteilte, livid rote Flecke, etwas unter dem umliegenden Hautniveau gelegen, von rundlicher Form und von Durchmesser bis zu einem Pfennigstück; bei der Palpation machen sie den Eindruck des Leeren. In der Gegend des Olekranon befinden sich regelmäſsiger gestaltete, breitere, dunkler gefärbte Plaques mit leicht abschuppender. Oberfläche; sie gewähren dasselbe Gefühl bei der Palpation wie die eben beschriebenen. Auſserdem konstatiert man das Vorhandensein von unregelmäſsigen Streifen; diese sind von hellroter Farbe und gruppieren sich stellenweise zu ovalen Figuren, wobei sie an die Striae extensae erinnern; daneben befinden sich andere Streifen von kleineren Dimensionen und weiſser Farbe. Auf dem linken Vorderarm erblickt man eine kleine, rosarote Erhabenheit von linsenartiger Gestalt und Gröſse, welche einer trockenen syphilitischen Papel ähnlich sieht; in der Nachbarschaft dieser Plaque befinden sich eine Anzahl anderer von derselben Art. Nach den Angaben der Patientin selbst sollen auch die anderen atrophischen Plaques einen ähnlichen Verlauf durchgemacht haben.

Jadassohn, welcher die Patientin von Thibierge gesehen hatte, identifiziert die beiden Fälle und vereinigt sie unter einer einzigen Form, für die er die Bezeichnung Anetodermia (von ανετος, weich) erythematosa vorschlägt.

Fall von Nielsen. — Im März 1899 hatte N. in der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft mit der Diagnose Atrophodermia erythematosa maculosa mit exzentrischer Verbreitung eine 22jährige Patientin vorgestellt, welche in der rechten Schläfengegend eine etwas eingesunkene Plaque zeigte, die vor zwei Jahren entstanden, von roter Farbe, scharf umschrieben, etwa kirschgroſs war und sich langsam in zentrifugaler Richtung ausbreitete. Mittels einer Lupe erkennt man in den Rändern, die nicht infiltriert sind, dilatierte Gefäſse; diese Ränder sind röter als die zentralen Partien der Plaques, werden aber blaſs unter dem Drucke des Diaskops. Sowohl in den zentralen als in den peripheren Partien ist die Konsistenz weich; die Oberfläche ist glatt und mit Lanugohaaren besetzt. Subjektive Beschwerden verursacht die Affektion nicht. N. sah seine Patientin im Dezember nochmals und konstatierte, daſs die oben beschriebene Plaque um einige Millimeter im Durchmesser zugenommen hatte, und auſserdem war eine neue, bohnengroſse, seit ungefähr einem Monat in der linken Schläfengegend entstanden, also symmetrisch mit der anderen. Nielsen nimmt an, daſs es sich zweifellos um einen mit dem Falle von Thibierge identischen Fall handelt und glaubt, daſs sich die tiefen Schichten der Cutis in einem Zustande primärer idiopathischer Atrophie befinden ohne vorausgegangene entzündliche Phänomene; die Hyperämie sollte dabei bloſs eine sekundäre Erscheinung sein. Obgleich nun im Falle von Jadassohn der Sitz der Affektion ein verschiedener war und ein präatrophisches papulöses Stadium bestand, zögert der Verfasser nicht einen Augenblick, ihn mit dem seinigen und demjenigen von Thibierge zu identifizieren.

Fall von Du Castel (1901). — Plaques atrophiques du front avec cercle limitrophe papulo-pigmentaire et papules isolées pigmentaires périphériques. 24jährige Frau; unregelmäſsig geformte Plaques auf der Stirn mit atrophischer, weiſser, glatter, zentraler Partie, umgeben von einem etwas erhabenen Rande von circa 1 mm Durchmesser und dunkelbrauner Farbe. Die gröſsere Plaque hat einen Durchmesser von $2^1/_2$ cm. Um diese Plaques herum liegen eine Anzahl ganz kleiner Papeln ohne Schuppen. Sensibilitätsstörungen fehlen. Diesen Fall hatte bereits Brocq als Lupus erythematosus betrachtet, bei Gelegenheit der Vorstellung eines anderen Falles durch Hallopeau und Leredde unter der Bezeichnung Trophoneurosis dischromica et lichenoides; diesen nämlichen Fall beschrieb Thibierge im Jahre 1905 als einen atypischen Lupus erythematosus.

Erster Fall von Heuss (1902). — 38jährige Frau, tuberkulös. Vater und Bruder an Tuberkulose gestorben. Die Patientin leidet an einem typischen Lupus erythematosus des Gesichtes und der Kopfhaut. Subjektive Beschwerden fehlen; in ziemlich regelmäſsiger und symmetrischer Weise sind Maculae über den Schultern, dem Rücken, den seitlichen Partien der Brust bis zu den Schulterblattwinkeln, die obere und hintere Hälfte der Arme verteilt; ihre Gröſse variiert von der einer Linse bis zu der einer Bohne, sie sind rund oder oval. Sie sind bald tiefer, bald höher als die umgebende Haut gelegen, haben ein narbenartiges Aussehen ohne Pigmentierung oder entzündlichen Hof, sind glänzend, von gleichmäſsig bläulicher bis sehnenweiſser Farbe; in der Zwischenschulterblattgegend ist ihre Farbe rosarot oder rötlichblau. Ihre Oberfläche ist dünn, glatt, ohne Gefäſsdilatationen oder Schuppenbildungen, die Follikel- und Drüsenausführungsgänge sehen normal aus; die feinen Runzeln verschwinden, wenn man die Haut spannt. Auch hier hat man bei der Palpation den Eindruck, als ob die der Macula entsprechende Stelle einen leeren Raum überzöge. Zwischen den Schulterblättern erscheinen einzelne dieser Flecke livid rot, nicht infiltriert; morphologisch unterscheiden sie sich nicht von den Effloreszenzen der spezifischen Roseola. Der Verlauf der Affektion ist auſserordentlich langsam. Heuss sah innerhalb zwei Jahren kleine neue Flecke entstehen, während die bereits bestehenden stationär blieben; auch konnte er die Umwandlung eines roten Fleckes in einen atrophischen, sehnenweiſsen, innerhalb vier bis fünf Monaten verfolgen. Jadassohn, der diesen Fall auch gesehen, diagnostizierte ihn als Atrophia maculosa cutis und identifizierte ihn mit seinem eigenen.

Zweiter Fall von Heuss (1902). Hier handelt es sich um eine Frau, die in ihrer Kindheit skrophulös gewesen und nun eine Infiltration der rechten Lungenspitze aufwies. Vater an Lungentuberkulose gestorben; eine Schwester lebt, ist phtisisch. Sie gibt an, daſs sich ohne nachweisbare Ursache und ohne Schmerzen zu verursachen seit sieben Jahren zuerst auf der Stirn, dann auf der Nase und am Kinn Flecke entwickelt hätten. Diese letzteren waren zuerst rot gewesen, dann mit der Zeit teilweise weiſs geworden, noch andere waren rötlichblau und zwar die zuletzt aufgetretenen. Auf dem Kinn bestand seit zwei Monaten ein gleichmäſsig rotblau gefärbter Fleck, der unter dem Drucke mit dem Diaskop farblos wurde; er war etwas über die Umgebung erhaben, scharf begrenzt, von runder Form, etwa nuſsgroſs, von weicher Konsistenz, nicht infiltriert, ohne schuppende Oberfläche mit gut sichtbaren Follikelmündungen. Auf dem Nasenrücken bestand ein anderer Fleck, in einem etwas vorgeschritteneren Stadium der Entwicklung (bestehend seit einem Jahre), von livid roter Farbe, die unter dem Drucke verschwand, scharf begrenzt, etwas unter dem umliegenden Hautniveau gelegen, von runder Gestalt

und der Gröſse einer Nuſs; die Oberfläche ist von weicher Konsistenz, zeigt keine Schuppenbildung; die Follikelmündungen sind gut sichtbar. Auf beiden Seiten der Stirn befanden sich zwei Plaques ohne symmetrische Anordnung; diese bildeten die älteren Läsionen, da sie seit sieben Jahren bestanden; sie waren von weiſser, glänzender Farbe, scharf umschrieben, etwas eingesunken, ohne entzündlichen Hof, unregelmäſsig rund oder oval, mit wenig sichtbaren Follikelmündungen und Furchen.

Fall von Besnier-Fournier. — Junger Offizier, der niemals Syphilis noch irgend eine andere Hautkrankheit gehabt hatte. Auf dem Abdomen waren eine Anzahl runder, bläulicher Flecke aufgetreten, auf deren Oberfläche sich bei den Bewegungen des Patienten Fältelungen bildeten.

Fall von Galewski. — Über diesen bestehen nur ganz wenige Angaben, die von einer mündlichen Mitteilung des Autors stammen. Es handelte sich um eine Patientin mit „striae distensae“ auf dem Rumpfe und auſserdem zahlreichen Flecken von verschiedener Gröſse, zum Teil von erythematösem, zum Teil von atrophisch-narbigem Aussehen, die sich zentripetal ausbreiteten. Histologisch konstatierte man vollständigen Schwund des elastischen Gewebes.

Fall von Mibelli. — 49jähriger Mann. Im Jahre 1891 hatte dieser ein universelles maculo-papulöses Syphiloderma gezeigt, welches spurlos verschwand. Acht Jahre später fand Mibelli bei diesem Patienten ein syphilitisches Leukoderma am Halse; auf den Armen, am Rumpfe, besonders zwischen den Schultern, auf den seitlichen Partien des Thorax, in der Lumbo-Abdominalgegend; auf der Brust waren unregelmäſsig zerstreute, achromische, weiſsglänzende, meist eingesunkene Flecke, die sich mit alten Narben vergleichen lieſsen, scharf begrenzt waren, ohne hyperämischen Hof, von ovaler Gestalt, etwa linsengroſs oder etwas gröſser, von geringerer Konsistenz als die Umgebung; die Oberfläche war dünn, gefältelt, lieſs sich aber beim Spannen leicht glätten, die Follikelmündungen und Furchen wenig sichtbar. Sie sollen ohne jede subjektive Beschwerde aufgetreten sein; auch lieſs sich kein präatrophisches Stadium klinisch erkennen. Mibelli betrachtet sie als eine Form von Neurosyphilid im Sinne von Unna; Heuss hingegen bekämpft diese Ansicht Mibellis auf Grund des histologischen Befundes und hält vielmehr diese Flecke für eine wahre und eigentliche Atrophia maculosa cutis, ganz unabhängig von Lues.

Fall von Beurmann und Gougerot. 17 Jahre altes, tuberkulöses Mädchen. Symmetrisch auf beiden Wangen lagen zwei ovale Plaques, die vor zwei Jahren aufgetreten waren, von denen die eine 6 cm breit und 8 cm hoch, die linke 3,5 cm breit und 5 cm hoch war. Beide waren von sehnenweiſser Farbe, glänzend, die Oberfläche fein gefältelt, ohne Schuppen, von weicher Konsistenz. Die Plaques ragen über die

umgebende gesunde Haut empor; der Rand ist scharf, nicht entzündlich oder hyperämisch infiltriert, auch nicht von erythematösem Aussehen, sondern von ungleichmäfsig violetter Farbe; die Breite dieses Randes ist nicht überall dieselbe und verliert sich allmählich gegen das Zentrum der Plaque zu; er ist der Ausdruck des exzentrischen Vorschreitens des Prozesses und erinnert an den „lila Ring" der Morphea. Die Autoren nehmen an, dafs es sich um eine „dermite atropho-hypertrophique en aires à progression excentrique" handelt, d. h. mit Atrophie des elastischen Gewebes und Hypertrophie des Bindegewebes der Cutis und des Unterhautzellgewebes; sie betrachten die Affektion, ohne sich aber dabei auf einen histologischen Befund zu stützen, als ein Tuberkulid und nicht als eine Morphea. Bei der letzteren sind zwar die Plaques auch glänzend, aber von fester Konsistenz, glatt und mit einem intensiver violett gefärbten Ringe oder Rande, gegen welchen zu die Plaque allmählich an Höhe abnimmt. Dieser Fall wurde von Thibierge als Lupus erythematosus in der Form einer Atrophodermie en plaques klassifiziert.

Fall von Oppenheim (1906). 18jährige tuberkulöse Prostituierte. Die bei ihr konstatierte Dermatose sollte von Kindheit an bestanden haben. Die Effloreszenzen waren symmetrisch zwischen den Brüsten, auf den seitlichen Partien der Brust, in den Achselhöhlen, an den oberen und unteren Extremitäten, besonders an den inneren Flächen der Schenkel lokalisiert. Oppenheim unterscheidet drei Stadien an diesen Effloreszenzen: 1. ein erythematöses, mit kleinen, bis linsengrofsen, Elementen, von livid roter Farbe, die unter dem Drucke verschwindet; sie befinden sich auf gleicher Ebene mit der umgebenden Haut, sind scharf begrenzt, haben eine glänzende Oberfläche und normale Konsistenz; 2. erythematös-atrophisches Stadium, mit gröfseren, weder erhabenen noch eingesunkenen Elementen, bei denen man einen rot violetten Ring unterscheidet, der eine zentrale, atrophische Partie umkreist, die selbst glänzend, dünn und wie ein Zigarettenpapier gefältelt ist; bei der Palpation erhält man den Eindruck eines hohlen Raumes unter dem Finger. An einzelnen Stellen kommt es zur Bildung von zwei- und dreifach gelappten Figuren infolge von Konfluenz zweier oder dreier dieser Plaques. Das dritte oder atrophische Stadium herrscht vor und ist vertreten durch tumorartige Erhabenheiten, die aussehen wie leere Säckchen, in welche der palpierende Finger einsinkt und welche beim Anspannen der Haut verschwinden. Sie haben eine weifsglänzende, sehnenartige Farbe; die Oberfläche ist fein gefältelt und sieht ungefähr aus wie ein Blättchen Zigarettenpapier; ein peripherer Hof fehlt. Aufserdem findet man bei der Patientin „striae extensae" an den Nates, in der Gegend der Deltoidei und auf den Brüsten.

Fall von Nicolas und Favre (1906). 54jähriger Mann, tuberkulös, mit einer über den ganzen Körper ausgebreiteten Dermatose, um

die er sich übrigens niemals gekümmert hat. Sie ist vor etwa acht Jahren aufgetreten und zwar zuerst auf der linken Seite des Brustkorbes, nach einer Pleuritis. Späterhin hat sie sich weiter entwickelt ohne je Schmerzen zu verursachen, wohl aber ab und zu ziemlich intensives Jucken. Der Ausschlag besteht aus erythematösen Plaques und atrophischen Flecken von verschiedener Form und Gröfse mit Sitz an den Gliedmafsen und besonders auf dem Rumpfe. Die mehr oder weniger intensiv roten oder hellbraunen Plaques vergröfsern sich in zentrifugaler Richtung. Nach den Angaben des Patienten soll die rote Farbe der Plaques immer mehr abblassen und schliefslich ganz verschwinden. Ihre Umrisse sind nicht scharf, gehen unmerklich in die gesunde Haut über; die Plaques erscheinen bei der Palpation leicht infiltriert. Die Oberfläche ist glänzend, mit einer feinen pityriasisartigen Desquamation; die Epidermis erscheint gefältelt. In der gesunden Haut, in unmittelbarer Nähe der Plaques, sind einige erweiterte Follikelmündungen sichtbar, die wie kleine Hornkegel aussehen. Im Gebiete der Plaque selbst sind diese Follikelmündungen nicht mehr erkennbar. Im Zentrum der Plaques bilden sich atrophische Flecke, von meist runder Form, linsen- bis einfrankenstückgroß, etwas eingesunken, glänzend und mit unebener Oberfläche.

Fälle von Boikow (1906). B. hat aus der Klinik von Selenew zwei Fälle von Atrophia maculosa cutis in einer russischen Zeitschrift mitgeteilt. Es handelte sich um einen 22jährigen Mann und eine 28jährige Frau; bei beiden bestanden im Gesicht und auf dem Haarboden atrophische Flecke. In Übereinstimmung mit Selenew hält B. dafür, dafs diese Fälle mit Tuberkulose nichts zu tun haben, diese atrophischen Flecke sollten nichts mit dem Lupus erythematosus gemeinsam haben, sondern eine Affection sui generis darstellen, die zur Kategorie der Hauttrophoneurosen gehört.

Fall von S. C. Beck (1907). 23jähriges Mädchen, Schneiderin. Keine Anzeichen von hereditärer oder akquirierter Tuberkulose. Ohne vorausgegangene oder begleitende subjektive Beschwerden traten zuerst an den Ohren, dann auf dem Nacken und im Gesicht rote Flecke auf. Diese Flecke blafsten, nach Angabe der Patientin, innerhalb einigen Wochen oder Monaten ab und verwandelten sich in atrophische Flecke. Als Beck die Patientin zum ersten Male untersuchte, fand er an den Ohren, besonders links, kleine Flecke mit dünner, weifser, glänzender, über den darunter liegenden Knorpel gespannter Haut. Am Kinne, an der Oberlippe, auf der linken Wange, auf dem linken Nasenflügel fanden sich livid blaue, scharf begrenzte Effloreszenzen, die zirka 1 mm über die umgebende Haut emporragten, vom Durchmesser eines Kronenstückes und papierner Konsistenz. Andere, bis hellergrofse, Effloreszenzen waren zu sehen in der Gegend des Sternums, der Schulterblätter und zwischen den letzteren;

an ihnen liefsen sich zwei Stadien erkennen: die frischeren sind blafsrote Flecke oder Papeln, von weicher Konsistenz; die älteren stellen blasse, glänzende, livid blaue oder elfenbeinweifse Flecke dar, mit feingefältelter Oberfläche, leicht erkennbaren Follikel- und Drüsenmündungen, von teigartiger Konsistenz, die einen Hohlraum zu überspannen scheinen. Stellenweise findet man noch am Rande derartiger atrophischer Flecke solche neueren Datums, d. h. die im Stadium der Papel stehen. An den Ellenbogen Psoriasisplaques, die mit den ersteren Erscheinungen in keinem Zusammenhange stehen. BECK hat die Patientin im Verlauf von einem Jahre etwa zehnmal gesehen. Die Flecke auf der Brust, dem Rücken und an den Ohren blieben unverändert; die frischeren Efflorescenzen im Gesicht verwandelten sich nach und nach in deprimierte atrophische Flecke, die sich von den anderen atrophischen Elementen auf dem Rumpfe durch ihre glatte, glänzendere Oberfläche und ihre beinahe normale Konsistenz auszeichneten. Während der Beobachtungsperiode traten noch weitere blafsrote Flecke und Papeln auf dem Rücken und eine lividbläuliche Macula im Gesicht auf.

Aus dem klinischen und histologischen Befunde in seinem Falle schliefst BECK, dafs es sich nicht um einen Lupus erythematosus im Sinne von THIBIERGE handelt, sondern um eine wahre Atrophia maculosa cutis im Sinne von HEUSS und OPPENHEIM.

Eigene Fälle.

Erster Fall. — Elisabeth L., 62 Jahre alt, von Lyon; Haushälterin; Wittwe. Wurde am 7. Dezember 1905 im St. Ludwig-Hospital wegen Lungentuberkulose aufgenommen und starb daselbst am 14. Dezember 1906. Hatte Masern in der Kindheit. Mit 17 Jahren menstruiert; Menstruation stets regelmäfsig. Verheiratete sich mit 19 Jahren; zwei Aborte im ersten Jahre ihres Ehelebens; später gebar sie einen anscheinend gesunden Knaben, der aber einige Jahre nachher an tuberkulöser Meningitis starb. 13 Jahre nach diesem Knaben hatte sie zwei andere, die leben und gesund sind; der eine ist 29 Jahre alt, der andere 20. Die Menopause verlief ohne Störungen (im 50. Jahre). Seit zehn Jahren hustet sie intermittierend. Schlechter Allgemeinzustand. Bedeutende Abmagerung, profuse Nachtschweifse, Fieber am Abend; KOCHsche Bazillen im Sputum; grofse Kavernen in der rechten Lunge.

Auf der rechten Rückenhälfte, unter der Schulterblattgegend, konstatiert man, bandartig angeordnet, rundliche oder ovale Plaques; dieselben gruppieren sich nicht zu Figuren, sondern bleiben isoliert; sie liegen ungefähr in der Ebene der umgebenden Haut; ihre Gröfse erreicht ungefähr diejenige einer Erbse; sie haben eine weifse, glänzende, narbenartige Farbe, sind gegen die Umgebung scharf abgegrenzt und haben keinen

hyperämischen Hof. Auf der Oberfläche sieht man keine Abschuppung, sie ist glatt mit kaum angedeuteten Furchen; Drüsenausführungsgänge sieht man auch mit der Lupe nicht. Die Konsistenz ist weich. Keine subjektiven Beschwerden. Während des Zeitraumes ihres Spitalaufenthaltes sah ich keine neuen Flecke auftreten, auch konnte ich keine Vergröſserung der bereits bestehenden konstatieren. Über den Zeitpunkt und die Art und Weise des Auftretens dieser Plaques weiſs die Patientin nichts auszusagen, da sie sich ihres Vorhandenseins gar nicht bewuſst war. Was hingegen die atrophischen Flecke anbelangt, so glaubt sie, daſs sie seit den letzten Jahren bestehen, da sie vor fünf Jahren ein Arzt gesehen haben soll als er die Patientin auskultierte, dagegen hatte keiner von den zahlreichen anderen Ärzten, welche die Patientin früher schon, d. h. vor etwa zehn Jahren, gründlich und mehrfach untersucht hatten, jemals sich über diese Affektion am Thorax geäuſsert, obwohl sie ja hinlänglich Gelegenheit gehabt, die betreffende Körperstelle, die der Sitz der Affektion war, zu besichtigen. In Anbetracht der entschiedenen Weigerung der Patientin und ihrer Angehörigen, war es mir nicht möglich eine bioptische Untersuchung vorzunehmen. Dagegen habe ich eine photographische Aufnahme der erkrankten Körperregion gemacht. Zuerst glaubte ich, daſs es sich um eine abortive Form von Herpes zoster handle, welche die beschriebenen atrophischen Flecke zurückgelassen hätte. Eine derartige Hypothese muſste aber ausgeschlossen werden und zwar nicht nur auf Grund der Anamnese, sondern auch der objektiven Merkmale der Effloreszenzen selbst sowie der Tatsache wegen, daſs diese nicht traubenartig gruppiert waren. Auch konnte man nicht an Narben von Aknepusteln denken, welche klein und sternförmig sind und niemals eine solche Anordnung zeigen; ferner muſste ausgeschlossen werden, daſs es sich allenfalls um jene atrophischen Narben handele, welche Ivanow bei der Akne beschrieben



hat. Andererseits konnte auch nach den Angaben der Patientin selbst keine andere Hautkrankheit in Frage kommen, die allenfalls diesen Atrophien vorausgegangen wäre. Handelte es sich vielmehr um umschriebene Hautatrophien, welche zu jener noch so fraglichen Gruppe der idiopathischen Atrophien gerechnet werden? Die Ätiologie und Pathogenese wollen wir aber später besprechen.

Zweiter Fall. — Im November 1905 stellte sich bei mir eine gewisse Josephine B., 42 Jahre alt, von Mailand vor, wegen eines Ekzems der Inguinalbeugen. Der Allgemeinzustand der Patientin war ein guter. Bei der genauen Untersuchung der Patientin entdeckte ich aber eine andere interessante Tatsache, welche ihr vollständig entgangen war, weil sie ihr nicht die geringsten Beschwerden verursachte. Auf der inneren Seite des linken Oberschenkels, in dessen unterem Drittel, war eine rundliche Plaque vom Durchmesser eines Fünfcentimesstückes zu sehen, von weifser Farbe, glänzend, etwas tiefer als das umgebende Hautniveau gelegen; die Oberfläche dieser Plaque war fast ganz glatt, mit kaum angedeuteten normalen Furchen; Gefäfserweiterungen und Desquamation fehlten. Auf Druck war sie schmerzlos, dünn, über den darunter liegenden Geweben beweglich und feine Falten bildend; die Ränder sind gegen die gesunde Umgebung zu scharf gezeichnet und letztere nicht überragend; die Farbe rosa-rot, ihre Konsistenz normal. Eine kleinere Plaque, von runder Form und der Gröfse eines Eincentimesstückes befand sich auf demselben Oberschenkel, etwas weiter gegen das Knie zu. Der zentrale Teil dieser Plaque hatte ein weifses, glänzendes Aussehen und war etwas glatter als die obenbeschriebene; die Follikelmündungen waren nicht so gut sichtbar, die Konsistenz gegen die Ränder zu etwas fester als normal; die Ränder selbst waren scharf gezeichnet, von etwas ausgesprochenerer rosaroter Farbe, die etwas an den „lilac Ring“ der Morphea erinnerte. Meine Patientin gab an, diese Plaques seit etwa drei Jahren konstatiert zu haben, wobei die eine ziemlich rasch auf die andere folgte. Weitere Beschwerden hatte sie keine davon. Die gröfsere, auf der inneren Oberschenkelfläche, war zuerst erschienen. Schon in den ersten Perioden ihrer Entstehung sollen sie dieselben morphologischen Merkmale aufgewiesen haben wie jetzt. Die Plaques sollen sich ganz langsam verbreitert haben. Ihr gegenwärtiges Aussehen soll dasselbe sein wie vor zirka einem Jahre. Ich habe die Patientin während eines Zeitraums von neun Monaten in meiner Beobachtung gehabt, dann verliefs sie Turin. Während dieser Zeit haben sich die Plaques nicht mehr vergröfsert oder sonstwie in merklicher Weise verändert.

In Anbetracht der etwas heiklen Lokalisation wollte mir die Patientin nicht gestatten, eine photographische Aufnahme der Plaques zu machen, wohl aber willigte sie ein, sich ein Stückchen Haut aus der

Plaque in der Nähe des Knies exstirpieren zu lassen. Dieses wurde in Alkohol fixiert.

Im Gesicht hatte die Patientin etwas Rosacea und auf dem Abdomen „striae distensae", als Folgeerscheinung ihrer einzigen Schwangerschaft vor etwa 20 Jahren, die zur Geburt einer jetzt noch lebenden und gesunden Tochter geführt hatte. Keine Aborte. War stets gesund und bei der Untersuchung der inneren Organe fand man nichts bemerkenswertes. Die Menstruation ist schmerzhaft, reichlich, jedoch erst seit einigen Jahren, was offenbar mit der sich vorbereitenden Menopause im Zusammenhange steht. Der Mann ist gesund und hat niemals Lues gehabt.

Dieser Fall erinnert mich an ähnliche Beobachtungen von Jeanselme und Juliusberg, die sie als atypische Formen umschriebener Sklerodermie betrachtet haben. Angesichts der schweren diagnostischen Beurteilung ihrer Symptomatologie, auf Grund welcher man die Affektion ebenso gut in die so vage Gruppe der umschriebenen idiopathischen Hautatrophien einreihen könnte, sehe ich mich veranlaſst, Anhaltspunkte in kritischen Betrachtungen allgemeiner Art zu schöpfen.

Histopathologie.

Heuss ist der erste gewesen, der eine histologische Definition der Atrophia maculosa cutis gegeben hat. Was nach der Ansicht dieses Autors der Dermatose einen ganz besonderen Anstrich gibt, ist die ellektive, umschriebene Zerstörung des elastischen Gewebes, mit sehr wenigen entzündlichen Erscheinungen. Das in meinem Falle zu untersuchende Hautstück stammte von einer Plaque (zweiter Fall), die seit längerer Zeit keine Veränderungen in morphologisch-klinischer Beziehung durchgemacht hatte. Auf Grund dieses Befundes und der Angaben der Patientin über den Verlauf und die Ausbreitung der Dermatose, lassen sich zwei Stadien unterscheiden: ein erythematöses, noch deutlich angedeutet am rosaroten Rande der Plaque; und ein atrophisches, im Zentrum.

Bereits bei schwacher Vergröſserung erkennt man leicht den Unterschied in der Dicke der Epidermis und Cutis in der zentralen atrophischen Zone und in den Randpartien. In der peripheren Zone (rosaroter Hof) zeigt die Epidermis auch bei starker Vergröſserung keine bemerkenswerten Veränderungen; alle Schichten sind von normaler Dicke und Struktur und lassen sich gut färben; die Zapfen des Rete Malpighii sind weder in ihrer Gröſse noch in ihrer Gestalt verändert. Die Grenze zwischen Cutis und Epidermis ist durch eine geschlängelte Linie angedeutet, die von den normalen Verhältnissen nicht abweicht. Die papilläre Cutis zeigt eine deutliche kleinzellige Infiltration, die aber nicht sehr beträchtlich ist, in der Umgebung der Follikel und Drüsen sowie der Gefäſse, die mehr oder weniger dilatiert sind. Zeichen von Ödem fehlen. Das kollagene Binde-

gewebe sieht normal aus (Polychrome Blau-Orange-Tanninlösung); eine Zunahme der fixen Zellen läſst sich nicht nachweisen. In der mittleren und retikulären Cutisschicht ist dagegen die Infiltration in der Umgebung der Gefäſse ausgesprochener, das Bindegewebe ist im ganzen etwas aufgelockert und zellenreicher. In den tieferen Schichten der Cutis ist die Infiltration ziemlich spärlich, kaum durch kleine perivasale Herde angedeutet. Das zellige Infiltrat besteht aus kleinen runden Elementen, arm an Protoplasma, mit einem dicken, gutfärbbaren Kerne. Dieses Infiltrat hat, wie gesagt, seinen Hauptsitz im mittleren Abschnitte der Cutis, in der Umgebung der Gefäſse. Mastzellen sind spärlich vertreten und Plasmazellen habe ich keine gefunden. Das Lumen einzelner Gefäſse ist verengert oder gänzlich obliteriert, infolge einer Proliferation der Endothelien.

Gegen die zentrale Partie der atrophischen Zone zu sieht man die Epidermis immer dünner werden und zwar in allen ihren Schichten. Das Stratum corneum ist verdünnt, das Stratum granulosum ist auf einer Stelle unterbrochen, das Rete Malpighii ebenso auf drei oder vier Zellenreihen reduziert. Die Retezapfen werden zunächst kürzer, dünner und verschwinden schlieſslich ganz im Zentrum, gleich wie die Papillen im darunterliegenden Derma. Die einzelnen Epidermiszellen erscheinen wie abgeplattet, die Zwischenzellenräume sind verengert, zeigen aber sonst keine besonderen Veränderungen in ihrer Struktur. Die zellige Infiltration wird in diese Zone gegen die oberflächliche Cutis zu immer spärlicher. Im retikulären Derma ist das Bindegewebe zellenarm und die Zellen in Längsrichtung angeordnet. Die Bindegewebsbündel erscheinen einander genähert, weniger geschlängelt, kompakter, lassen sich aber in normaler Weise färben. In dieser letzteren Zone habe ich nirgends Follikel, Drüsen, glatte Muskelfasern finden können.

Elastisches Gewebe. Bereits bei oberflächlicher Betrachtung kann man sich überzeugen, daſs das elastische Gewebe progressiv schwindet, je mehr man von der peripheren Partie (rosaroter Hof) gegen die atrophische Zone zu vorrückt. In der Peripherie, wo die Infiltration stärker ausgesprochen ist, konstatiert man sowohl in der papillären als in der retikulären Cutis eine Verminderung in der Anzahl der elastischen Fasern, besonders in der Nähe der Infiltrationsherde. In der Mitte der letzteren lassen sich zwar noch welche erkennen in Gestalt von kurzen, dünnen, wenig geschlängelten, schlecht gefärbten Fibrillen oder Fibrillenbündeln. Die Grenzen dieser quantitativen und qualitativen Veränderung des elastischen Gewebes sind nicht genau durch die Grenzen der Infiltrationsherde markiert; die elastischen Fasern fehlen auch in der Umgebung der Infiltrationsherde auf mehr oder weniger langen Strecken. Es darf mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daſs die Infiltration,

die bereits auf regressive Zustände hindeutet, an den Stellen, wo sie zuerst am ausgebreitetsten war, Spuren ihrer mehr oder weniger langdauernden zerstörenden Tätigkeit zurückgelassen hat. Daraus läfst sich denn auch erklären, wie besonders zwischen den Infiltrationsherden noch Spuren von wohlerhaltenen elastischen Fibrillen zu finden sind. Nähert man sich dann den zentralen, atrophischen Partien der Plaques, so konstatiert man eine vermehrte Abnahme des elastischen Gewebes, besonders in den oberflächlichen Partien der Cutis und im retikulären Abschnitte; im Zentrum selbst, wo die Papillen beinahe vollständig verschwunden sind, fehlt das elastische Gewebe in den oberflächlichen und mittleren Partien der Cutis gänzlich; nur in den tieferen Schichten der Cutis sind keine quantitativen oder qualitativen Veränderungen der elastischen Fasern zu sehen. Wie oben angedeutet, verschwindet das Elastin in der peripheren Zone in der Nachbarschaft der Infiltrationsherde; diese Tatsache scheint aber im ernsten Widerspruche mit dem Umstande zu stehen, dafs, während die Infiltration abnimmt und gänzlich verschwindet, der Schwund des elastischen Gewebes sich immer mehr ausdehnt und zwar bis über die Grenzen des ursprünglichen Sitzes der Infiltration hinaus, so dafs sie schliefslich das ganze Gebiet einnimmt. Der Widerspruch ist aber, meiner Ansicht nach, nur ein scheinbarer, da man wohl mit Recht annehmen darf, dafs der gänzliche Schwund des elastischen Gewebes ein Phänomen von Atrophie darstellt, das sich immer mehr ausdehnt; den Ausgangspunkt dieses Schwundes bilden die Veränderungen des elastischen Gewebes in der Umgebung der Gefäfse und in der Nachbarschaft der Infiltrationsherde.

Nach den histologischen Untersuchungen von Jadassohn und Galewski hat Heuss in seinem ersten Falls eine rote und eine weifse Plaque untersucht, d. h. also das erythematöse und das atrophische Stadium. Die histologischen Befunde von Oppenheim beziehen sich auf die von ihm beobachteten drei klinischen Stadien, nämlich das erythematöse (erythematöse Plaque), das erythematös-atrophische und das atrophische, in der Gestalt von „lockeren, fibromähnlichen Wülsten“. Die Untersuchungen im ersten und zweiten Stadium des Falles von Oppenheim stimmen in der Hauptsache mit den obigen von Heuss überein, sowohl was das Verhalten der Infiltrate als den Schwund des Elastins anbelangt, welcher hauptsächlich die oberen Cutisschichten betrifft. Die Befunde von Jadassohn sind nur insofern abweichend von denen von Heuss und Oppenheim, als ersterer eine ausgesprochenere Infiltration konstatiert hat; diese findet auch klinisch ihren Ausdruck in dem Auftreten von Papeln statt von erythematösen Plaques. Auch der in neuester Zeit von Beck beschriebene Fall konkordiert in den Hauptzügen mit den Resultaten der anderen Autoren; in Anbetracht der intensiveren entzündlichen Erscheinungen (Papeln) nähert er sich dem Falle von Jadassohn. Allen diesen

Fällen gemeinschaftlich ist das Mifsverhältnis zwischen entzündlicher Infiltration und Schwund der elastischen Fasern. Auch meine Untersuchungen (zweiter Fall) stimmen im grofsen und ganzen mit denen des erythematös-atrophischen Stadiums von Oppenheim überein. Abgesehen von einigen kleinen Unterschieden in den verschiedenen Fällen, Unterschiede, die übrigens aus dem Umstande erklärt werden können, dafs die Beobachtung auf ein mehr oder weniger vorgeschrittenes Stadium des entzündlichen Prozesses fiel, bleibt sich im Grunde der histologische Befund in allen bisher beschriebenen Fällen gleich.

Auch Nicolas und Favre, welche in ihrem Falle eine atrophische Plaque untersucht haben, sind in bezug auf das elastische Gewebe zu ähnlichen Schlüssen gelangt wie Heuss. Im dritten Stadium des Falles von Oppenheim hat man das Auftreten von Fettgewebe in den Cutisschichten konstatiert, wo es normalerweise nicht vorkommt; Oppenheim erklärt sich das Vorhandensein dieses Fettes indem er annimmt, dafs das Bindegewebe eine Veränderung eingegangen ist infolge von mangelhaften Ernährungszuständen; diese letzteren sollten ihrerseits durch ausgesprochene obliterierende Prozesse in den Gefäfsen verursacht sein, die sich in diesem dritten Stadium abspielen. An einzelnen Stellen findet man zwar einen direkten Zusammenhang dieses intradermalen Fettgewebes mit dem Fette des Unterhautzellgewebes, so dafs man an eine Abstammung des ersteren aus dem letzteren denken kann.

Angesichts dieses besonderen Schwundes des Elastins, welches nach Heuss die diagnostische Basis der Atrophia maculosa cutis darstellt, stellen sich Nicolas und Favre die Frage, ob man denn wirklich diesem Verschwinden des Elastins einen solchen Wert beimessen soll. „En effet, nous avons eu l'occasion d'observer récemment des coupes de macules erythémateuses survenues dans le décours d'une lèpre antonine et nous avons constaté une atrophie du tissu élastique de la couche superficielle du derme absolument identique à celle observée dans notre atrophodermie.“ Der einzige Unterschied bestand darin, dafs man bei der Lepra noch Fragmente verdünnter und atrophischer elastischer Fibrillen in den Papillen vorfand, während bei der Atrophodermie die Atrophie auch in den spärlichen noch erhaltenen und stark abgeplatteten Papillen eine vollständige ist. „Il ne s'agit là, croyons nous, que de lésions tout à fait semblables et dont les légères différences ne tiennent qu'à ce que nous les avons observées à des phases plus ou moins avancées du processus atrophique.“

Sicher ist jedoch, dafs die von Heuss aufgestellte histologische Definition der Atrophia maculosa cutis notwendigerweise eine kritische Beurteilung erheischt. Diese letztere mufs sich auf die morphologisch-klinische Seite der Frage stützen, die sich aus den verschiedenen bis

heute beschriebenen Fällen ableiten läſst und muſs bis zum Begriffe der ätiologischen Divergenzen zurückgreifen. Diese Auffassungsweise stimmt denn auch vollkommen überein mit dem, was DE BEURMANN und GOUGEROT über die Atrophia maculosa cutis gesagt haben: „Il s'agit d'un symptôme dont la cause peut être variable, mais dont les différents cas sont reliés par un lieu commun, l'unité des lésions anatomo-pathologiques répondant à la définition de HEUSS.“

Morphologie. Klinik.

Die Atrophie kann nicht als Ausgangspunkt und Orientierungsbegriff für die Morphologie einer Dermatose benutzt werden. Sie bildet nämlich nicht eine primäre Elementarform im morphologischen Sinne, sondern gehört zu jenen sekundären Elementen, die man als Folgezustände, als einen Ausgang, einen Endzustand primärer Elementarformen betrachten muſs. Die Atrophie kann ein wichtiges klinisches Symptom bilden, darf aber nicht als ein essenzielles morphologisches Merkmal aufgefaſst werden. Die Bezeichnung „primäre umschriebene Hautatrophien“ ist somit unrichtig; dieselbe wurde nämlich von einzelnen Autoren zur Bezeichnung jener Fälle angewendet, die, obwohl sie in ätiologischer Hinsicht noch als idiopathische gelten, in Anbetracht ihres histologischen und klinischen Verhaltens in diese zwar ganz irrationelle Gruppierung eingeteilt werden sollte. Betrachten wir somit in morphologischer Beziehung die Atrophie als ein sekundäres Element, so müssen wir andererseits das primäre Element aufsuchen, von dem sich die Atrophie ableiten läſst. Hierbei ist es jedoch notwendig, daſs wir, indem wir uns auf den histologischen Befund stützen, ein Schema des klinischen Verlaufes aufstellen, das in der Aufeinanderfolge der zwei Stadien, dem präatrophischen und dem atrophischen, seinen Ausdruck findet.

Das erste, präatrophische, Stadium, das wir, um uns in histologischem Sinne auszudrücken, das Stadium der Infiltration oder das entzündliche Stadium nennen können, kann morphologisch in die Erscheinung treten oder aber auch nicht. Wenn das primäre morphologische Element vertreten ist, so fehlt ihm jeder typische Charakter, wie dies auch HEUSS angedeutet hat; es kommt dabei entweder zur Bildung einer Papel (Fall von JADASSOHN, von DU CASTEL, von BECK), oder zu einer mehr oder weniger sichtbaren erythematösen Plaque. Die Aufeinanderfolge des präatrophischen und des atrophischen Stadiums ist zuweilen keine unmittelbare, sondern eine blos mittelbare, in welchem Fall sie dem Auge des Beobachters entgehen kann. Auf das präatrophische oder Infiltrationsstadium, mit einer Reihe von in klinischer Hinsicht mehr oder weniger erkennbaren Übergängen, folgt das atrophische Stadium. Dieses findet seinen Ausdruck in einer unauslöschbaren Plaque oder Macula, von glänzend

weißer Farbe, perlmutterartig, glatt oder fein gefältelt oder mit rauher Oberfläche, meist mit dem Finger eindrückbar; die Follikel- und Drüsenausführungsgänge sind verengert und es bestehen Lanugohaare. In einzelnen Fällen können die beiden Stadien, das präatrophische und das atrophische gleichzeitig nebeneinander bestehen, auf verschiedenen Plaques. Die Farbe der Plaques ist nach dem Alter derselben verschieden: einzelne derselben, weich, von glänzendem Aussehen, erscheinen zuweilen noch von einem roten, rosaroten oder leicht violettrötlichen Ringe umgeben, der meist scharf hervortritt und das langsame, exzentrische Vorschreiten der Effloreszenz andeutet; unter dem Drucke des Diaskops blaßt er ab und verschwindet ganz. Die Konsistenz wechselt in derselben Plaque von einer Stelle zur anderen; sie ist selten vermehrt, meist dagegen vermindert (Anetodermie von JADASSOHN) und die Haut hat ihre Elastizität verloren; sie läßt sich leicht in dünnen Falten aufheben und kehrt langsam zu ihrer normalen Gestalt zurück.

In seinem Falle hat OPPENHEIM ein drittes Stadium beschrieben, das sich durch das Vorhandensein von lockeren, leeren Erhabenheiten oder Säckchen auszeichnet, die er als Terminalstadium der atrophischen Plaques betrachtet.

Die Verteilung der Elemente in diesen Fällen von umschriebener Hautatrophie kann unilateral, einfach bilateral oder symmetrisch bilateral sein. Was die Topographie anbelangt, so fand man das Gesicht befallen in den Fällen von THIBIERGE, im zweiten Falle von HEUSS, DU CASTEL, NIELSEN, DE BEURMANN und GOUGEROT, BOIKOW; in anderen war der Sitz der Affektion auf dem Rumpfe und den Extremitäten (JADASSOHN, erster Fall von HEUSS, GALEWSKI, FOURNIER-BESNIER, MIBELLI, OPPENHEIM, NICOLAS und FAVRE, meine Fälle); im Falle von BECK waren Gesicht und Rumpf betroffen. Man kann also nicht von einem Prädilektionssitze der Krankheit reden, wenn auch HEUSS das Gesicht und die äußeren Flächen der Extremitäten als solche angibt. (Fall von JADASSOHN, erster Fall von HEUSS).

Die Form der Plaques ist meist rund oder oval. In allen Fällen ist der Beginn der Affektion ein schleichender, fieberloser; eine Ursache läßt sich nicht eruieren; irgend welche subjektiven Beschwerden gehen ihr weder voran, noch begleiten sie sie. Der Verlauf ist langsam, chronisch. In einzelnen Fällen konnte man eine langsame exzentrische Vergrößerung der Plaques konstatieren. (THIBIERGE, NIELSEN, DE BEURMANN und GOUGEROT, GALEWSKI, NICOLAS und FAVRE, OPPENHEIM).

Gleichmäßigkeit herrscht somit in den morphologischen und klinischen Merkmalen der Krankheit in keinem Fall. Die sogenannte Atrophia maculosa cutis findet nicht in einem typischen morphologischen Elemente ihren Ausdruck, einem Elemente, auf dem die oben erwähnten Fälle

zu ihrer Orientierung fuſsen könnten. Andererseits darf auch nicht immer und in jedem Falle das morphologische Element als der typische Hautexponent eines entzündlichen Prozesses in der Cutis betrachtet werden; man muſs das Vorkommen atypischer Formen annehmen. Das hauptsächlichste symptomatische Merkmal in klinischer Beziehung, nämlich die Atrophie, folgt stets einem entzündlichen präatrophischen oder Infiltrationsstadium. Dieses präatrophische Stadium kann nun entweder bloſs histologisch nachweisbar sein und morphologisch nicht in die Erscheinung treten, oder aber es ist auch morphologisch erkenntlich in der Gestalt eines Erythems oder einer Papel. Aber auch vom klinischen Standpunkte aus betrachtet weist die Atrophia maculosa cutis keine typischen Merkmale auf. Es ist keine ubiquitäre Dermatose, hat keinen regionären Charakter und zeigt im ganzen nicht einen Komplex von klinischen Symptomen, die uns erlaubten, sie zu einem eigentlichen, abgegrenzten, selbständigen Typus zu stempeln. Das schleichende Auftreten, der chronische, langsame Verlauf ohne subjektive Beschwerden, die Atrophie, welche das auffallendste und wichtigste Merkmal bilden sollte, alle diese Tatsachen, sagen wir, können sich in ihrer Gesamtheit auch bei anderen Dermatosen wieder finden, die bereits klinisch und morphologisch klassifiziert worden sind. Wir müssen somit die Atrophia maculosa cutis zu den atypischen Formen einer dieser letzteren Dermatosen rechnen.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Lepra.

1907. Band VII, Heft 2.

VII. **Die zweite internationale Leprakonferenz im Jahre 1909.** Die zweite Leprakonferenz wird voraussichtlich 1909 in Bergen, dem Wohnsitze von Dr. Armauer Hansen, stattfinden.

VIII. **Die fernsten Ursprünge der Lepra in Brasilien,** von Juliano Moreira-Rio de Janeiro. Historischer Exkurs, aus welchem hervorgeht, daſs die Lepra in Brasilien vor der Einwanderung der Portugiesen und Spanier nicht existiert hat.

IX. **Eine chinesische Ansicht über Lepra.** Übersetzung eines Kapitels aus dem medizinischen Standardwerke: Die Kaiserliche Ausgabe des Goldenen Spiegels für die medizinische Klasse, Abschnitt I, Teil 87, herausgegeben Anno VII der Regierung des Kien-Lung, d. D. 1742, von Römer-Medan. Beschreibung der Lepra, als deren Ursache der Einfluſs von Wind und Boden, Kontagiosität und Infektion und ungenügende Beobachtung der einfachsten hygienischen Maſsregeln angegeben werden, und mannigfache Vorschriften gegen das Leiden.

X. **Beiträge zur Kenntnis der Lepra bei den Batakstämmen,** von R. Römer-Medan-Deli. Im zentralen Teil Nord- und Mittelsumatras, bei den Batakstämmen, ist

die Lepra nicht selten. Im Missionsgebiet eines Missionars wurden allein 300 Leprakranke gezählt. Aufser dem Lepraasyl bei Logubati ist in Lan Semono auf der Batakhochebene ein Leprösenasyl für 150 Personen errichtet, in welches die Kranken durch sanften Zwang der Häuptlinge isoliert werden.

XI. **Lepra-Literatur für das Jahr 1906/07.** Zusammengestellt von OTTO HAMANN-Berlin.

XII. **Die Lepra in Tunis,** von C. NICOLLE und BASTIDE. Sammelbericht von 123 Ärzten. *Schourp-Danzig.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. IV, Heft 4.

Aktenmäfsige Darstellung eines Falles masochistischer Triebverirrung, von Dr. jur. W. ERTEL, mit Anmerkungen von W. HAMMER-Berlin. Die Akten beziehen sich auf die vor dem Untersuchungsrichter gemachten Angaben der „Herrin" und des „Sklaven", erstere eine zeitweilig unter sittenpolizeiliche Aufsicht gestellte Dirne, letzterer ein wohlhabender, geschäftlich tüchtiger Mann aus gebildeten Kreisen. Auch sind Briefe der beteiligten Frauensperson beigefügt, sowie der freiwillige Bericht eines Kellners, welcher masochistische Vorgänge krassester Art, wahrscheinlich von denselben Personen ausgeführt, schildern. Der ganze Bericht, der, wie nicht zu zweifeln ist, wörtlich den Tatsachen entspricht, enthält eine solche Menge der erniedrigendsten Widerwärtigkeiten, dafs es Überwindung kostet, ihn zu Ende zu lesen.

Nacktkultur, von H. PUDOR-Berlin. Die Ansicht, dafs ein direktes Berühren der Körperoberfläche mit der Luft oder, mit anderen Worten, die Beseitigung aller Kleidung ein höchst beachtenswerter und wirksamer Heilfaktor sei, ist schon von FRANKLIN, Lord MONBODDO, LICHTENBERG, PRIESTLEY u. a. verfochten worden. P. erkennt eine Schädigung seitens der Kleidung einmal in der Verhinderung der Hautatmung und zweitens in ihrer erregenden Wirkung auf den Körper, vor allem auf den Geschlechtstrieb durch thermische und mechanische Reizungen. Statt der Hosen des modernen Kulturmenschen möchte P. zum wenigsten die Tracht der Bergschotten eingeführt sehen. — Das sogenannte „Luftbad", welches nach dieser Darstellung das eigentliche Heilmittel κατ ἐξοχήν für alle Leiden wäre, hat gewifs die Fähigkeit, eine sehr energische Wirkung auf den Körper zum guten wie zum schlechten auszuüben, aber Verfasser wird kaum den Beifall vieler Kollegen finden durch seine Darstellung der „Ausdünstung" der durch Zellzerfall im Körper entstehenden „Selbstgifte" durch das „luft- und lichtdurchlässige, netzartige oder siebartige Gewebe, das weitmaschig oder porös gearbeitet ist, und das man „Haut" nennt."

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages am 11.—14. Juni 1906 zu Breslau, von W. HAMMER-Berlin. (Fortsetzung.)

TIPPEL-Kaiserswerth betont (fortfahrend) die Wichtigkeit der mit Hilfe der Behörden anzustellenden Nachforschungen über das spätere Schicksal der Fürsorgezöglinge und einer Statistik über die erzielten Resultate.

PH. BEHREND wünscht die Errichtung zweier Landeserziehungsanstalten für psychisch minderwertige Zöglinge beiderlei Geschlechts unter christlich-pädagogisch und psychiatrisch geschulten Direktoren.

PLASS-Zehlendorf warnt vor einer Übertreibung der LOMBROSOschen Richtung.

NEISSER betont die Notwendigkeit, dafs auch alle Nichtärzte, welche mit bezug auf Fürsorgezöglinge irgendeine Stellung einzunehmen berufen sind, eine gewisse psychiatrische Schulung erhalten.

Inspektor WICHER sprach über die Wechselbeziehungen zwischen Fürsorgeanstalt und Gefängnis. (Fortsetzung folgt.)

Heft 5.

„Kreuzschutz", ein neues Mittel zur Verhütung geschlechtlicher Infektion, von E. SINGER-Wien. Unter obiger Bezeichnung wird von der Firma Kreuz-Versand, München-Wien, eine salbenartige Masse in Tuben verkauft als Schutzmittel gegen blennorrhoische Infektion. Das Medikament besteht aus Therapogon, mit Lanolin und Vaselin vermengt. Therapogon seinerseits ist aus β-Naphtol, Kampferöl und Terpenen zusammengesetzt. Frische Kulturen von Gonokokken sollen damit in 30 Sekunden vernichtet werden. Die Anwendung geschieht, indem man die konisch geformte Öffnung der Tube in die Mündung der Urethra einführt und durch einen leichten Druck auf die Tube ein dünnes Würstchen in die Harnröhre befördert. Irgend welche Reizerscheinungen sollen dabei niemals eintreten.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge - Erziehungstages am 11.—14. Juni 1906 zu Breslau, von W. HAMMER-Berlin.

HÜLSBERG-Wohlau bestätigt die Erfahrung des Vorredners, daſs die Fürsorgezöglinge vielfach sich gesetzlich strafbar machen, bloſs weil sie das Gefängnis dem Heim vorziehen.

PH. ROTH legt dar, daſs die Zöglinge namentlich dadurch sich bedrückt fühlen, daſs die Zeitdauer ihrer Unterbringung keine bestimmte Grenze hat, und ferner, daſs sie die Überweisung in die Anstalt als eine nochmalige Strafe für das schon durch die Gefängnishaft gebüſste Vergehen erachten.

Die folgenden Redner beleuchteten die Schwierigkeiten der Anstaltsbehandlung nach verschiedenen Beziehungen. (Fortsetzung folgt.)

Die sexuelle Ethik, von F. SCHACHT - Frankfurt a. M. (Fortsetzung.) Mit groſsem Eifer legt Verfasser dar, daſs die höchste körperliche Entwicklung beim Weibe wie beim Manne mit einem normalen geregelten Geschlechtsverkehr verbunden ist. Der kirchliche Standpunkt von der Sündhaftigkeit des Empfangens und Gebärens sei an einer unendlichen Menge von Verirrungen und Unglück schuld. Daſs die in der menschlichen Gesellschaft heutzutage gültige Ethik in sexuellen Fragen eine völlig verfehlte sei, beweisen folgende drei Tatsachen: 1. Von allen gebärfähigen Frauen sind 50% zum Cölibat verurteilt. 2. Ungefähr die Hälfte aller Mütter sind unehelich (FLESCH). 3. In Berlin sind 80% aller Männer geschlechtlich infiziert. — (Ohne weitere Beweise wird man nicht geneigt sein, diese Behauptungen als richtig anzunehmen; daſs aber die Zustände auf diesem Gebiete sehr besserungsfähig sind, wird jeder erfahrene Arzt zugeben. Ref.)

Heft 6.

Zur Wärmebehandlung der Prostatitis, von W. CHRZELITZER - Posen. Verfasser empfiehlt einen von der Firma L. GOLDSTEIN in Posen zu beziehenden, billigen Wärmeapparat, einen zweckmäſsig geformten, filzbekleideten Blechkasten, welcher, mit heiſsem Wasser gefüllt, gegen den Damm gedrückt wird und auf diese Weise erwärmend auch auf die Prostata einwirkt. Bei einem Prostataabsceſs und bei einem Fall von chronischer Prostatitis hat ihm der Apparat gute Dienste geleistet.

Die sexuelle Ethik, von F. SCHACHT - Elmshorn. (Schluſs.) Offenbar in der besten Absicht, aber etwas über das Ziel hinausschieſsend und mit einer für den ärztlichen Leser überflüssigen Weitschweifigkeit erörtert Verfasser des weiteren hier die auch von anderen Ärzten und auch vielfach von Laien anerkannte Tatsache, daſs in vielen Fällen die Versagung des Geschlechtsverkehrs höchst nachteilig auf den weiblichen (wie auch auf den männlichen) Körper einwirken kann. Um eine frühzeitige Ehe zu ermöglichen, fordert er Rückkehr zur möglichsten Einfachheit in der Lebensführung — wozu sich allerdings sehr wenige Mitglieder der höheren Stände verstehen werden. Auſser diesem Rate findet man auch bei S. keine Aufklärung

darüber, wie ein junges Mädchen (in Europa jedenfalls) den Geschlechtsverkehr genießen könne, ohne seine Lebensstellung unrettbar einzubüßen. Verfasser ignoriert den Umstand, daſs nicht nur die Kirche, sondern auch der Staat ein unbedingtes Interesse an dem Institut der Ehe hat. Da der Staat nicht ohne Bürger bestehen kann, muſs derselbe es als sein gröſstes Vorrecht betrachten, die Erzeugung von Nachkommenschaft nur denjenigen als ein anerkanntes Recht zuzugestehen, welche bestimmte, kontrollierbare Vorschriften, in summa: die Eheschlieſsung, erfüllen und die Verantwortlichkeit für alle Folgen auf sich nehmen. Ob die heutige Gesellschaft mehr aus Staatsraison oder mehr aus altüberlieferter religiöser Tradition sich dieser Auffassung anschlieſst, braucht nicht erörtert zu werden. Jedenfalls ist der staatliche Standpunkt berechtigt, daſs der Geschlechtsverkehr nur unter bestimmten Bedingungen als gerechtfertigt zu gelten habe. Daſs dieser Standpunkt Ausnahmen zuläſst, wird jeder Arzt anerkennen. Auch verdienen die von S. aufgestellten Forderungen, der Jugend solle alles, was mit den Geschlechtsfunktionen zusammenhängt, als etwas Natürliches und nicht etwa zu Verheimlichendes vorgeführt werden, volle Anerkennung.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau. (Fortsetzung.)

Die Schwierigkeit der Erziehung der älteren weiblichen Fürsorgezöglinge, insbesordere an Prostituierten, von Ph. Blochwitz-Frankfurt a. O. Redner schildert eingehend die Zustände bei den sogenannten Magdalenen und wendet sich gegen die von anderer Seite, namentlich W. Hammer, vertretene Ansicht, daſs alle diese „Rettungsversuche" vergeblich und erfolglos seien und bleiben werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XI, Nr. 8.

I. **Technik der Diagnose entzündlicher Zustände der Prostata und Samenbläschen,** von G. Sherman Peterkin-Seattle. Vor der Urinentleerung werden Harnröhre und Harnblase mit Kochsalzlösung so lange gespült, bis die Lösung klar abläuft. Danach Massage der Prostata und Samenbläschen und mikroskopische Untersuchung der Sekrete, welche schon makroskopisch-diagnostische Merkmale tragen.

II. **Die Anwendung von Jod bei Harn- und Geschlechtskrankheiten,** von Charles S. Hirsch-Philadelphia. Empfehlung einer Lösung, welche 1% Jod und 6% Vitellin-Silber-Salz enthält, zur Injektion bei Blennorrhoe.

III. **Wirkung neuer Lichtstrahlen auf Cystitis und tiefgehende urethrale Entzündung,** von Corydon Eugene Rogers-Chicago. Auf Grund seiner Entdeckung von neuen Strahlen, welche von einer sehr starken Lichtquelle in bestimmten einander parallelen Strahlenbündeln ausgehen, bespricht der Verfasser die Anwendung dieser neuen Strahlen bei akuter und chronischer Cystitis und bei Entzündung der Pars prostatica der Urethra, indem er ihren Erfolg rühmt.

IV. **Ulcus molle,** von M. Duque-Havanna. Die Behandlung, welche der Verfasser angibt, besteht in der Anwendung von gesättigter Pikrinlösung in Schwefeläther.

V. **Syphiloderma mit anderen Hautkrankheiten,** von Jerome Kingsburg-New York. Fälle, in denen Syphilis mit Lupus erythematosus oder mit Lichen planus oder mit Psoriasis oder Ekzem oder Skabies zugleich vergesellschaftet war.

VI. **Postoperative Cystitis,** von Emory Lanphear-St. Louis. Sorgfältige Diät und Spülungen der Blase mit Borsäure- oder Karbolsäure- oder Argent. nitr.-Lösungen.

VII. **Arzneiwirkungen auf die Haut,** von Thomas S. Blair-Harrisburg. Besprechung der Arznei-Exantheme und -Erytheme.

VIII. **Cystostomia suprapubica bei einer Frau wegen Carcinom der Urethra,** von Howard Crutcher-Chicago. Der Fall betraf eine 60jährige Frau.

IX. **Behandlung der Blennorrhoea posterior chronica,** von George R. Livermore-Memphis. Aus der Schilderung ist bemerkenswert, daſs der Verfasser in fünf Fällen, welche zugleich an Malaria litten und Chinin längere Zeit hindurch einnahmen, eine groſse Schwierigkeit in der Behandlung hatte. Er schreibt dem Chinin die Rolle zu, die Vernichtung der tief im Gewebe liegenden Gonokokken zu verhindern.

X. **Tragbares Katheteretui und ein Leistenverband,** von James A. Gardner-Buffalo. Ähnlich den gläsernen Standgefäſsen ist das vom Verfasser angegebene aus Metall gefertigt. Durchlöcherte Scheiben halten die einzelnen Katheter auseinander. Der Leistenverband besteht aus einem elastischen Gürtel- und Schenkelriemen, zwischen welchen ein Leinennetz zur Aufnahme bezw. Bedeckung und Fixierung des Verbandes befestigt ist.

XI. **Dermatitis infolge von Rhus toxicodendron,** von John J. Conner-Pana. Mitteilung eines Falles von universeller Dermatitis bei einem jungen Farmer infolge längerer Berührung der Pflanze bei Reparatur eines Zaunes.

XII. **Vergleich des Wertes von Radium- und Röntgenbehandlung bei einigen Hautkrankheiten,** von J. Rudis-Jicinsky-Cedar Rapids. Weder Radium noch Röntgenstrahlen sind eine Panacee für alle Hautleiden; mit beiden ist in bestimmten Fällen ein guter Erfolg zu erreichen.

XIII. **Spirochaeta pallida in Ausstrichpräparaten von in Formalin gehärteten Organen,** von A. Zabel-Elberfeld. Übersetzung der Originalarbeit aus *Medizinische Klinik*, 1907, Nr. 20. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

August 1907.

Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von George Herbert Lancashire. Der Fall betraf einen 36jährigen Mann, bei dem sich zweierlei Arten von Ausschlag zeigten. Die eine Art, welche zuerst auftrat (vor etwa vier Jahren), war auf die Hand allein beschränkt und bestand aus langen, zitronengelben Streifen, welche an jeder Seite der normalen Finger- und Gelenksfalten saſsen und von der Dicke einer Stricknadel bis zu der einer feinen Linie variierten. Die andere Art waren orangengelbe Knötchen, welche in reichlicher Menge an Händen, Fingern, Hand- und Ellenbogengelenk saſsen; die Streckseiten der Hände waren frei. Die Knötchen fühlten sich hart an, ihre Durchschnittsgröſse war die eines Hirsekorns, einige waren aber zu festen, wulstähnlichen Exkreszenzen verschmolzen. Jucken oder irgend ein abnormes Gefühl waren nicht vorhanden. Der Urin hatte ein spezifisches Gewicht von über 1020. Obwohl unter entsprechender Diät der Zuckergehalt des Urins abnahm, nahm die Hauteruption ihren weiteren Fortgang und die Knötchen vermehrten sich zusehends — was im Gegensatz zu der gewöhnlichen Erfahrung steht. Die mikroskopische Untersuchung der Knötchen ergab vor allem eine ausgedehnte Infiltration von Rund- oder spindelförmigen kernhaltigen Zellen in das Corium.

Tötlich endender Fall von Lupus erythematodes acutus, von Sydney Short-London. Der Fall betraf eine 28jährige Frau und verlief mit erysipelähnlichen Symptomen und einem typhusähnlichen Zustand. Die eigentliche (Lupus)-Affektion war symmetrisch an beiden Wangen verteilt, wo die Haut sich trocken und an der Oberfläche verdickt anfühlte, und ringsherum eine erysipelatöse Schwellung vorhanden. Die Lymphdrüsen am Halse, in den Achselhöhlen und Leistengegend waren allgemein vergröſsert, auſserdem schmerzhafte subcutane Knoten über der Sakralgegend vor-

handen. Eiweifs im Urin, kleine Ulcera am Gaumen. Unter fieberhaften Erscheinungen (bis 39° C.) usw. trat fünf Wochen nach Beginn der Behandlung und etwa fünf Monate, nachdem die ersten Erscheinungen des Hautleidens aufgetreten waren, der Tod ein. Der Fall entspricht jenen, welche KAPOSI als die schweren Formen von Lupus erythematodes beschrieben hatte. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1907.

Zwei Fälle RAYNAUDscher Krankheit mit Augenkomplikationen, ein Fall verbunden mit Sklerodermie, von GEORGE HOWARD FOX. Die beiden Fälle sind nach des Verfassers Ansicht typische Fälle der genannten Affektion, d. h. es handelte sich bei beiden um symmetrische Gangrän infolge von vasomotorischen und augenscheinlich nicht von irgendwelchen organischen Veränderungen. Der eine betraf eine 29jährige, verheiratete Russin, der andere eine 50jährige, aus Schweden gebürtige, ledige Köchin. In beiden Fällen trat ganz plötzlich hochgradige Beeinträchtigung der Sehkraft ein, ohne dafs die ophthalmoskopische Untersuchung einen objektiven Befund ergeben hätte (Spasmus der Retinalgefäfse, wie in anderen, ähnlichen Fällen). Ein weiterer bemerkenswerter Umstand war im ersten Falle, dafs so viele Körperstellen, Finger, Zehen, Nase, Ohren, Wangen, Kinn, Zungenspitze und Brustwarzen befallen waren. In bezug auf die Ätiologie schien Erkältung die Gelegenheitsursache abgegeben zu haben, während die wirkliche Grundlage, wie in den meisten Fällen dieser Art, nicht zu eruieren war. Die Therapie, bestehend in Elektrizität, Nitroglycerin, antisyphilitischer Kur usw., war ohne Erfolg. In dem zweiten Falle, glaubt F., konnte die während der Kinderjahre bestandene hartnäckige Magendarmstörung eine prädisponierende Ursache abgegeben haben. In diesem Falle zeigten auch die radiographischen Aufnahmen eine bemerkenswerte Atrophie der Fufs- und Handknochen.

Diskussion über Radiotherapie in der dermatologischen Gesellschaft von Chicago, von JOSEPH ZEISLER-Chicago. In diesem „einleitenden" Vortrage bespricht Z. seine in fünf Jahren an einem ziemlich reichlichen Materiale gewonnenen Erfahrungen. Im ganzen hat er die Radiotherapie allmählich immer mehr eingeschränkt und sie nur mehr als Hilfsmittel neben den anderen, wohl erprobten therapeutischen Mitteln angewandt. Die Erfolge bei Lupus vulgaris sind jedenfalls weit schlechtere, wie mit Finsenlicht, bei Lupus erythematosus hatte Z. zuweilen sehr schöne Resultate, in anderen Fällen gar keinen Erfolg. Von Hypertrichosis kann er über etwa ein halbes Dutzend erfolgreich behandelter Fälle berichten, von Akne im allgemeinen nur wenig Erfreuliches. Bei Epithelioma wurden häufig Rezidive beobachtet und selbst die oberflächlichen Hautcarcinome, die zweifellos auf Röntgentherapie zurückgehen, zeigten Rezidive; die frühere Behandlungsart mit Ausschabung und nachfolgender Kautherisierung gibt, wie Z. hervorhebt, sicher ebenso gute Resultate in kosmetischer Beziehung, wie in bezug auf Dauerheilung. Er rät daher, mit Kürettement unter Lokalanasthesie zu beginnen und dann eine kurze Reihe von Röntgensitzungen folgen zu lassen. Schliefslich bedauert Vortragender, dafs soviel Ärzte, welche gerade einen Röntgenapparat besitzen, wahllos die Radiotherapie bei allen möglichen Hautkrankheiten anwenden, ohne in der Differentialdiagnose derselben irgendwie bewandert zu sein, und damit sowohl den durchgebildeten Dermatologen wie dem Kranken grofsen Schaden stiften.

Die Erfolge, welche bis jetzt bei der experimentellen Überimpfung der Syphilis erzielt wurden, von C. M. WILLIAMS. Kurze Berichte über diese, in den

letzten Jahren mit rascher Aufeinanderfolge erzielten experimentellen Resultate der Impfsyphilis. Der Bericht beginnt mit den Arbeiten METSCHNIKOWS aus dem Pariser Institut PASTEUR im Jahre 1903 und endet mit den neuesten Forschungen von BERTARELLI, GREEF, SCHERBER, HOFFMANN u. a. m. Den Lesern der *Monatshefte* sind diese Arbeiten wohl schon aus den zahlreichen, hierüber veröffentlichten Referaten bekannt.

Ein Fall von Schanker infolge eines Bisses, von JEROME KINGSBURG-New York. Gelegentlich eines Raufhandels wurde der 22jährige Mann von seinem Gegner in die Wange gebissen und etwa sechs Wochen später stellte sich an der nach acht Tagen schon geheilten Bißstelle eine an den Rändern harte, 4 cm lange und $2^1/_2$ cm breite ulcerierende Geschwulst ein. Eine Woche später Roseola, allgemeine Schwellung der Lymphdrüsen. Bemerkenswert an dem Falle ist, daß mit Wahrscheinlichkeit die Bißwunde in der festen Absicht zugefügt wurde, die Syphilis auf den Gegner zu übertragen. *Stern-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band I, Heft 12. Band II, Heft 13.

1. **Die Pathogenese der Hydronephrosen: die erworbenen Hydronephrosen,** klinischer Vortrag von ALBARRAN. (Heft 12 u. 13.)

2. **Die Wirkung der Toxine der Tuberkelbazillen auf das Parenchym des Hodens,** von VINCENZO MARCOZZI-Neapel. Aus dem Italienischen übersetzt von EMILE LEGRAIN. Während die Tuberkelbazillen in den Geweben, in denen sie sich befinden, die Entstehung von Tuberkelknötchen und nekrotische Veränderungen hervorrufen, haben ihre im Blute kreisenden Toxine keine nekrotisierende Wirkung auf die Gewebe, beeinträchtigen aber deren Ernährung und Funktion; sie verursachen Reizung und Entzündung, denen bald Degenerationserscheinungen verschiedener Art folgen. Diese Wirkung der Toxine äußert sich klinisch durch eine beträchtliche Herabsetzung der Lebensfähigkeit der zelligen Elemente, sie erklärt das Zustandekommen der Tuberkulosekachexie. M. nun hat die histologischen Veränderungen, die durch die Toxine der Tuberkelbazillen in den Hoden von Hunden erzeugt werden, zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht; er schildert die erhobenen Befunde zusammenfassend in folgender Weise:

1. Es entsteht ein gewisser Grad von Atrophie des Hodens, infolge deren die Albuginea Falten bildet.

2. Die normale Anordnung der zelligen Elemente im Innern der Samenkanälchen verschwindet; die verschiedenen Arten von Zellen finden sich vermischt an der Wand der Kanälchen.

3. Spermatogonien und SERTOLIsche Zellen konnten niemals nachgewiesen werden.

4. Die schwersten Veränderungen weisen die Samenzellen auf: ihr Protoplasma und die Kerne erscheinen degeneriert, zuweilen löst sich das Protoplasma von den stark veränderten Kernen los und sammelt sich im Innern der Samenkanälchen an.

5. Die Veränderungen der Kerne bestehen in Änderung ihrer Form, Verminderung der chromatischen Substanz, Vakuolenbildung und Zertrümmerung des Chromatins, das sogar aus dem Kern infolge Ruptur der Membran entweichen und verschwinden kann.

6. Im Innern der Samenkanälchen trifft man Protoplasmamassen ohne Kerne und polynukleäre Zellen mit degeneriertem Protoplasma, wahrscheinlich entstanden durch Teilung der Kerne.

7. In den Samenkanälchen des Hodens und besonders des Nebenhodens finden

sich degenerierte Zellen in Ausscheidung begriffen; es hat also eine Loslösung von Samenzellen von der Wand der Samenkanälchen und eine Eliminierung dieser Zellen stattgefunden.

8. Man beobachtet endlich auch Veränderungen der Spermatozoen, die im allgemeinen die Form von Stäbchen besitzen; sie haben den letzten Grad ihrer Entwicklung noch nicht erreicht und weisen noch Reste des Protoplasmas der Samenzellen, aus denen sie hervorgegangen sind, auf. Zuweilen ist der Kopf der Spermatozoen enorm vergröfsert, so dafs sie mit ihrem kurzen Schwanze kleinen Nägeln gleichen. Das Bindegewebe zwischen den Samenkanälchen ist atrophisch und kleinzellig infiltriert.

Heft 14.

1. **Ein Fall von polycystischer Erkrankung der Nieren,** von J. M. Bartrina- und J. Pascual-Barcelona.

2. **Blasenstein bei einem vierjährigen Knaben,** von A. Broca. Ausgehend von einem einschlägigen Falle schildert Br. Symptome, Diagnose und Behandlung der in Frankreich selten vorkommenden Blasensteine bei Kindern. Er weist insbesondere darauf hin, dafs Konkremente in der Blase bei Knaben wegen der Kleinheit der Prostata meist durch die rektale Untersuchung nachgewiesen werden können, und dafs es sich bei Kindern meist um Oxalatsteine handelt, die im Röntgenbilde sichtbar sind. Zur Beseitigung der Steine empfiehlt B. die Sectio alta mit Einlegung eines Verweilkatheters für zwei bis vier Tage.

Heft 15.

1. **Über die Harnröhrenstrikturen und ihre Behandlung,** von Louis Batut-Bordeaux. Zusammenstellung aller, besonders auch der neueren Methoden zur Behandlung der traumatischen und blennorrhoischen Harnröhrenstrikturen und ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten von acht von B. operierten, meist recht komplizierten Fällen. Bei den blennorrhoischen Strikturen kommt man nach den Erfahrungen B.s bei genügender Ausdauer und Vorsicht mit Dilatationskuren meist zum Ziele.

2. **Prostatektomie, ausgeführt bei drei Kranken mit akuter Infektion und Insuffizienz der Nieren,** von Barthélemy Guisy-Athen. G. hat bei drei Prostatikern mit kompleter chronischer Harnretention, eitriger Cystitis und akuter Infektion und Insuffizienz der Nieren die totale perineale Prostatektomie mit vorzüglichem Erfolge vorgenommen; alle drei Patienten, von denen der eine 69, der zweite 75 und der dritte 78 Jahr alt war, genasen, ohne dafs es zur Bildung einer Fistel oder zu Harninkontinenz kam, sie konnten alle drei in der Folge den Urin spontan entleeren.

Götz-München.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

4. Jahrgang. Nr. 20.

1. **Über einen Fall von Leukoplakie der Harnblase,** von J. Albarran. Bei einer 22jährigen Frau, bei der seit zwei Jahren eine beträchtliche Vermehrung der Zahl der Miktionen und spontan auftretende Hämaturien, aber keine Schmerzen bestanden, wurden bei der cystoskopischen Untersuchung auf der vorderen und hinteren Blasenwand multiple Leukoplakien und an anderen Stellen, als Zeichen einer Cystitis, scharf umschriebene, zum Teil mit Kalksalzen inkrustierte, papilläre Vegetationen gefunden; im übrigen wies die Blasenschleimhaut keinerlei entzündliche Veränderungen auf. Der Urin enthielt zahlreiche rote Blutkörperchen, spärliche Leukocyten, degenerierte Epithelien und degenerierte verhornte Zellen; diese letzteren beweisen, sofern

sie wirklich aus der Blase und nicht von der Vulva stammen, dafs cystitische Veränderungen vorhanden sind, oder dafs eine Leukoplakie oder ein Carcinom vorliegt.

A. unterscheidet zwei Arten von Leukoplakie der Harnblase: die häufigeren Fälle mit starker Cystitis und die selteneren Fälle ohne oder mit unwesentlicher Entzündung der Blasenschleimhaut. Eine strenge Trennung der Fälle ist allerdings nicht möglich, es kommen Übergangsformen vor mit ganz circumskripten cystitischen Erscheinungen, die durch Infektion der Blase von innen her, vom Blutkreislauf aus, bedingt sind; hierher gehört der beschriebene Fall. Histologisch lassen sich drei Typen unterscheiden: die echte, vollständige Epidermisierung, bei der die Plaques die histologischen Merkmale der Haut aufweisen, die Epidermisierung, bei der der Charakter der Schleimhaut noch erhalten ist, und endlich die unvollständige Epidermisierung.

Die Leukoplakie der Blase, die häufig durch Blasensteine kompliziert ist, kommt bei Männern wie bei Frauen vor, und zwar besonders bei bejahrten Männern und bei jungen Frauen; das ist begreiflich, weil die chronische Cystitis beim Manne gewöhnlich erst im höheren Alter, bei Frauen dagegen frühzeitig auftritt. Aus den Leukoplakien der Harnblase entwickeln sich ebenso wie aus denen der Zunge zuweilen Carcinome; schon aus diesem Grunde ist es notwendig, die Plaques zu entfernen oder zu zerstören. In Fällen, in denen nur eine Partie der Schleimhaut erkrankt ist, und keine oder eine nur geringfügige Cystitis besteht, wird die Leukoplakie nach Eröffnung der Blase mittels Sectio alta exstirpiert und die Schleimhautwunde vernäht; A. hat auf diese Weise mehrfach Heilung erzielt. Bei disseminierter Plaques und starker Cystitis wird die Blasenschleimhaut nach Ausführung des hohen Steinschnitts kurettiert, jede kranke Stelle thermokauterisiert und die Blase für drei bis vier Wochen, in Fällen mit sehr hochgradiger Cystitis und Pericystitis für einige Monate vom Hypogastrium aus drainiert.

2. **Physiologische Technik der Harnröhrenspülungen mittels Katheters,** von Duchastelet-Paris. D. empfiehlt, Harnröhrenspülungen nur mit Kathetern vorzunehmen und zwar mit eigens gefertigten, kurzen, dünnen, mit einem seitlich angebrachten Auge versehenen Kathetern, die geschmeidig und dabei doch fest sind, durch eine Kanüle mit dem Irrigatorschlauch verbunden, ohne Einfettung und ohne Verwendung von Kokain eingeführt werden. Die Spülflüssigkeit kann zwischen Katheter und Harnröhre stets frei abfliefsen, daher wird bei den Spülungen das physiologische Fassungsvermögen der Urethra nie überschritten. Der für Spülungen der Pars anterior bestimmte Katheter ist 15 cm lang; auch wenn er ganz eingeführt wird, reicht sein inneres Ende nicht über den Bulbus hinaus, und es ist infolgedessen ein unbeabsichtigtes Eindringen der Spülflüssigkeit in den hinteren Harnröhrenteil ausgeschlossen. Soll der Druck im Innern der Urethra verstärkt werden, um die Spülflüssigkeit in die Lakunen und Krypten hineinzupressen, so genügt es, die Harnröhrenmündung durch das äufsere, an der Kanüle befestigte Ende des Katheters fest zu verschliefsen. Auf die gleiche Weise gelingt es auch, den Widerstand des Sphinkters zu überwinden, so dafs auch der hintere Harnröhrenabschnitt ausgespült wird. Man kann zu diesem Zwecke aber auch einen längeren Katheter verwenden, der bis in die Pars posterior reicht; stärkerer Druck ist dann nicht nötig. Aus dem Katheter mufs vor und während der Einführung Flüssigkeit ausströmen, während der Spülung müssen die Lippen der Harnröhrenmündung auseinandergehalten werden, die Herausnahme des Katheters erfolgt, während noch Flüssigkeit unter Druck die Urethra passiert oder während der Kranke uriniert.

Die Instrumente, die D. „sondules“ nennt, werden von Gentile-Paris aus einer besondern Art von Hartgummi hergestellt; sie lassen sich wiederholt, etwa 30 mal,

ohne Schaden zu nehmen, auskochen. Die ganze Methode hat sich nach D. während der letzten sechs Jahre vorzüglich bewährt. Die Spülungen der Pars anterior können vom Patienten selbst vorgenommen werden.

3. **Die Reinigungssonde nach Cabane**, von Paul Delbet-Paris. Cabane hat, um die Katheter innen zu reinigen, ein einfaches Instrument konstruiert, bestehend aus einem dünnen, biegsamen Messingstab, der doppelt so lang ist als ein Katheter und an einem Ende lose befestigt eine Anzahl von Baumwollfäden trägt. Der in das Auge des Katheters eingeführte Messingstab wird durch den Katheter durchgeschoben; er zieht die Fäden, die mit Quecksilberoxycyanidlösung getränkt sind, nach sich, und diese reinigen das Innere des Katheters, das sie passieren. Das Manöver wird zwei- oder dreimal wiederholt, dann werden zwei solche Reinigungssonden, die aber trocken und sterilisiert sind, durchgeleitet, um das Innere des Katheters zu trocknen.

4. **Ein neuer Tisch für urologische Untersuchungen**, von Duhot-Brüssel. Der von D. konstruierte Untersuchungstisch ruht auf einem Untergestell, das, ebenso wie die Operationsstühle der Zahnärzte, einen Ölpumpenmechanismus enthält; durch diesen Mechanismus, der mittels Pedals in Tätigkeit gesetzt wird, kann der Tisch beliebig hoch oder niedrig gestellt werden. Der Tisch selbst ist leicht in jede gewünschte Schräglage zu bringen, Rückenlehne und Beinhalter sind verschiebbar. — D. benutzt den Tisch, der von Löwenstein-Berlin hergestellt wird, seit zwei Jahren und ist damit aufserordentlich zufrieden. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mraček. 22. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1907.) Die vorliegende Abteilung enthält die Fortsetzung und den Schlufs der Abhandlung von R. Kraus: „Über ätiologische und experimentelle Syphilisforschung.“ Nach einer Zusammenfassung der neuesten Forschungen auf diesem Gebiete kommt Kraus auf seine eigenen Versuche zu sprechen, mittels aktiver Immunisierung mit syphilitischem Virus (Primäraffekte) womöglich frühzeitig nach Auftreten des Primäraffektes die sekundären Erscheinungen zu verhüten. Danach dürfte man in manchen Fällen imstande sein, die sekundären Erscheinungen der Syphilis zu unterdrücken.

Im nächsten Abschnitt behandelt Arnold Sack die „Haarkrankheiten“ in den Kapiteln Anomalien der Haarstruktur und der Haarfärbung, der Haarentwicklung und des Haarwuchses, und A. Buschke beginnt mit der Schilderung der unter der Bezeichnung Hautblastomykose zusammengefafsten Affektionen.

Schourp-Danzig.

Der Gonococcus Neisseri, von A. Poldrook-Dorpat. (Fritz Schledt, Dorpat 1907.) Der erste Teil der Broschüre befafst sich mit der Besprechung der neueren Literatur über die Komplikationen der Blennorrhoe bis zum Jahre 1905 inklusive. Am Schlufs dieser Zusammenstellung stellt Verfasser die These auf, dafs die Blennorrhoe als eine konstitutionelle Infektionskrankheit anzusehen sei. Im zweiten Teil olgt dann eine kritische Beleuchtung der bisher üblichen Methoden für Färbung und Züchtung des Gonococcus. Verfasser verfügt über eine reiche Erfahrung; er hat selbst mehr als 18000 Reagensröhrchen beschickt. Er hält folgenden Nährboden für den geeigneten: Einem in üblicher Weise zubereiteten Fleischwasser werden 4% Pepton,

3% Agar-Agar zugesetzt und gekocht, bis aller Agar gelöst ist. Dann neutralisiert er mit Natronlauge und filtriert im Heifswasserfilter. Folgt Abkühlung der Masse bis auf 50° und Zusatz steriler Ascitesflüssigkeit von derselben Temperatur. Bei der GRAMschen Färbung macht er eine genaue Einhaltung der Zeit für die Einwirkung der einzelnen Agentien zur Bedingung für einwandfreie Resultate.

Von besonderem Interesse sind die Versuche, die Verfasser mit zahlreichen antiblennorrhoischen Medikamenten gemacht hat, um ihre Einwirkung auf Gonokokken-Reinkulturen zu untersuchen. Er kommt dabei zu einer von der üblichen Auffassung ziemlich abweichenden Klassifizierung der meist gebrauchten Mittel.

Carl Schramm-Dortmund.

Der Tripper. Laienverständlich dargestellt von ORLOWSKI-Berlin. (A. Stuber, Würzburg 1907.) Eine 46 Oktavseiten umfassende Abhandlung über den Tripper zur Aufklärung des Laien. Nach meiner Auffassung leidet die Broschüre an zu grofsem Umfang. Die Geduld der Patienten und noch weniger die des nicht erkrankten Publikums hält nicht soweit vor, solche ausgedehnte Publikationen auch nur mit einiger Aufmerksamkeit zu lesen; die ersten Kapitel werden „studiert", der Rest mehr oder weniger flüchtig gelesen, event. nur durchgeblättert. Dann sollten besonders wichtige Leitsätze durch den Druck kenntlich gemacht sein. Flugschriften nach Art der von M. BERNSTEIN-Kassel dürften dem gegebenen Zwecke besser entsprechen als die vorliegende Broschüre. *Carl Schramm-Dortmund.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über Enésol, eine Verbindung von Quecksilber und Arsen, bei der Behandlung der Syphilis, von ROBERT KAMPRATH-Wien. (*Ann. des Laborat. Clin.* Paris, April 1907.) Bei der Meinungsverschiedenheit über den Wert der einzelnen Behandlungsmethoden und Präparate bei der Syphilis ist es begreiflich, dafs immer wieder neue Heilmittel auf den Markt gebracht werden, so auch neuerdings das Enésol oder Salicylarsensaures Quecksilber, eine Verbindung von Merkur und Arsen. Verfasser behandelte eine Reihe von Fällen in EHRMANNS Klinik mit Enésol, die luetischen Symptome verschwanden stets schnell, Intoxikationen wurden nicht beobachtet, aber Stomatitis trat häufig auf. Für Syphilis maligna scheint es wegen seiner starken Doppelwirkung entschieden geeignet zu sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die intensive und abortive Syphilisbehandlung durch Einspritzungen von grauem Öl, von DUHOT. (*Policlinique centr.* 1907. Nr. 3.) Vortrag in der Sitzung der Pariser dermatologischen Gesellschaft, die der Frage der Syphilisbehandlung mit grauem Öl gewidmet war, mit Vorstellung von fünf Fällen. Ausführliche Wiederholung der bekannten Anschauungen des Verfassers über den „abortiven" Wert der intensiven Injektionen von grauem Öl in der Behandlung der Syphilis.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Anwendung des 40%igen „grauen Öls" (Oleum cinereum) zur Behandlung der Syphilis, von KARL ZIELER-Breslau. (*Allg. med. Zentral-Ztg.* Jahrg. 76. Nr. 26.) Nach des Verfassers Erfahrung stellt das graue Öl, welches trotz LANGS

dauernder Empfehlung in Deutschland nur wenig angewandt wird, eine entschiedene Bereicherung unseres Arzneischatzes dar. Es ist bei genügender Vorsicht in der Anwendung, was Technik und Auswahl der Fälle anbetrifft, ein absolut ungefährliches Mittel. Als solche Vorsichtsmafsregeln stellt der Verfasser folgende Punkte auf:

1. Bei der geringen Zuverlässigkeit der gewöhnlichen Pravaz-Spritzen ist ein besonderes Instrumentarium nötig: die von Barthélemy angegebene Spritze, von der jeder Teilstrich 0,01 Hg entspricht.

2. Die Injektionen werden am besten in die Muskulatur gemacht oder wenigstens tief subcutan, unter Vermeidung von Venen.

3. Es darf kein graues Öl im Stichkanal bleiben, da das zu Infiltraten und selbst zu Abscessen führt.

4. Im Verlauf einer Kur darf niemals dieselbe Stelle zweimal benutzt werden, da sonst die Gefahr einer unerwünscht starken Resorption besteht.

5. Wegen der lange anhaltenden Wirkung des Präparates ist eine exakte Mundpflege fast noch wichtiger als bei der Anwendung anderer Präparate; wenn möglich soll eine Kur mit grauem Öl nicht begonnen werden, wenn Zähne und Mundschleimhaut sich nicht in tadellosem Zustande befinden.

6. Aus demselben Grunde darf das graue Öl nicht angewendet werden, wenn Niere, Darm und Leber nicht völlig gesund sind. Dasselbe gilt für alle chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Tabak usw.), ebenso für die Anwendung bei alten Leuten, Kachektischen, Gichtischen, Tuberkulösen, Schwangeren mit Nierenstörungen und bei gewissen nervösen Erkrankungen (Hysterie, Epilepsie). *Schourp-Danzig.*

Atoxyl bei Syphilis, von O. Lassar-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) L. hat bei einer gröfseren Anzahl von Syphilitikern aller Art mit Th. Mayer gemeinsam Atoxylinjektionen mit Erfolg angewandt; er machte nach dem Vorgange von Salmon-Paris meist die Einspritzungen von 0,5 g in 10%iger steriler Lösung dreimal wöchentlich. Die Erscheinungen der Syphilis gingen prompt zurück, einerlei ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte. Lassar bezeichnet es als einen grofsen Fortschritt, im Atoxyl ein weiteres spezifisches Mittel gegen Lues erhalten zu haben. In der sich dem Vortrage Lassars in der Berliner medizinischen Gesellschaft anschliefsenden Diskussion betont Uhlenhuth, dafs man die Affensyphilis mit Erfolg durch Atoxyl behandeln könne, dafs der Affe aber schlecht Atoxyl vertrage. Blaschko trägt Bedenken, aus den vorgestellten Fällen irgend etwas über die therapeutische Wirkung des Atoxyl bei der Syphilis zu schliefsen, da sich Primäraffekte und sekundäre Exantheme, wie die gezeigten, auch oft spontan zurückbilden. Immerhin hält er die Wirksamkeit des Mittels für sehr wohl möglich. Hoffmann bestätigt die prompten Erfolge Lassars bei Fällen von Lues ulcerosa praecox.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung, von M. v. Zeissl. (*Österreich. Ärzte-Ztg.* 1907. Nr. 7.) Nach Z.s Ansicht beeinflufst die Präventivallgemeinbehandlung der Syphilis mit Merkur den Krankheitsverlauf der Syphilis ungünstig und verzögert die Heilung. Er ist Anhänger der symptomatischen Behandlung. Als besonders empfehlenswertes Mittel erscheint ihm das von Riedel in den Handel gebrachte Mergal, es bringt die Erscheinungen der Lues rasch zum Schwinden und ruft nur selten Magenbeschwerden hervor, blutige Diarrhoen sah er dabei nie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Mergals, von Maximilian von Zeissl. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 15.) Verfasser, der bekanntlich ein treuer Anhänger der rein symptomatischen Syphilisbehandlung ist, bemüht sich, diese Behandlungsmethode als die einzig rationelle vorzustellen und berichtet über die Erfolge seiner Versuche mit Mergalbehandlung. Es wurden damit

40 Patienten behandelt, und zwar mit Erscheinungen des papulösen Stadiums, Erkrankung des Zentralnervensystems und Gummen. Verfasser liefs alle Patienten ausnahmlos mit zwei Mergalkapseln des Tages, die immer nach der Mahlzeit eingenommen wurden, beginnen und — wenn keine Kontraindikation bestand — bis acht Kapseln pro die einnehmen. Ein endgültiges Resultat läfst sich nach wenigen Monaten nicht fällen, Verfasser glaubt aber, dafs das Mergal entschieden eine Bereicherung des Arzneischatzes bedeutet. Seine Wirkung macht sich sehr rasch bemerkbar; nur ein einziger Patient klagte nach einwöchentlichem Gebrauch über Magendrücken und Brechreiz, bei drei Patienten stellte sich kurzdauernde Diarrhoe ein. — Gegenüber anderen internen Quecksilbermitteln hat Mergal den Vorteil, dafs es besser als Sublimat, Kalomel oder Protojoduret vertragen wird, gegenüber dem letzten, dafs es ohne Zusatz von Opium, nur mit Zusatz von Albuminum tannicum gegeben werden kann.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Erfahrungen über das neue Antilueticum Mergal, von Hogge-Lüttich. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1907. Nr. 56.) Der Verfasser beobachtete zwar bei der Mergalkur ein stetes Zurückgehen sämtlicher syphilitischer Symptome, gewann aber den Eindruck, dafs die Wirkung nicht so energisch ist wie nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze oder bei der Einreibung grofser Dosen grauer Salbe.

Gleich Boss, Saalfeld, Leistikow u. a. rühmt er dem Mergal die gute Verträglichkeit und schnelle Resorptionsfähigkeit nach. *Schourp-Danzig.*

Über den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie, von Josef Guszman. (*Heilkunde.* 1905. Nr. 12.) Verfasser sagt als Schlufsresultat: Bei der Sajodinbehandlung war es angenehm zu beobachten, dafs das Mittel keine unangenehme Magenerscheinungen auslöste. Zweifelsohne beruht diese Eigenschaft des Sajodins auf seiner chemischen Zusammensetzung, die in der Weise zur Geltung kommt, dafs es lediglich unter Einwirkung des alkalischen Darmsaftes zur Spaltung gelangt, im Magen aber unverändert bleibt.

Sajodin überragt alle übrigen Ersatzmittel der Jodmedikation durch den grofsen Vorteil, der sich durch aufserordentlich angenehme, vollkommen schmerzlose und gefahrlose Darreichung äufsert. Dieses Vorzuges sind sich auch die Patienten bewufst, denn laut dieser gemachten Erfahrungen verlangen sie selbst bei einer notwendig werdenden neueren Kur ausdrücklich dieses Mittel zur Behandlung. *A. Straufs-Barmen.*

Über die Rolle des Jodkaliums in der gegenwärtigen Syphilistherapie, von Duhot. (*Policlinique centr.* 1907. Nr. 2.) Enthält nichts Neues.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Über Dermatomykosen, von Semblinow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1907. Nr. 8.) Angeregt durch die Arbeiten von Selenew über die Hautkrankheiten durch Schimmelpilze berichtet Verfasser über eine ganze Reihe von ihm, bereits in den Jahren 1881 und 1882, beobachteter ähnlicher Fälle, welche er aber damals nicht sich zu deuten wufste. Es handelte sich um das Auftreten von bald mehr, bald weniger zahlreichen Bläschen mit einem roten Hof auf den Füfsen und Unterschenkeln. Diese Erscheinungen wurden weder von einer allgemeinen Rötung noch von Lymphangitis begleitet, verliefen ohne Fieber und ohne Jucken. Die Bläschen enthielten eine schmutziggelben Flüssigkeit, welche bei Anstich der Bläschen stark spritzte. Schon damals war es Verfasser klar, dafs es sich um die Inokulation irgend einer krank-

haften Substanz unter der Haut handeln müsse, weil diese Hautkrankheit von ihm nur bei barfuſs laufenden Landbewohnern beobachtet wurde. Verfasser sah es als Folge einer Hautverletzung mit Strohhalmen an und dachte auch an die Möglichkeit einer Infektion mit Schimmelpilzen, weil in den beiden genannten Jahren die Witterung sehr regnerisch war und weil an den Strohhalmen schon mit bloſsem Auge Zeichen von Schimmelbildung wahrgenommen werden konnten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Der gegenwärtige Stand der Frage vom Favus beim Menschen, von Paul Née. (*Arch. de parasit.* Bd. XI. Nr. 2.) Die fleiſsige und interessante Arbeit behandelt das Thema in erschöpfendem Maſse. Ein besonders breiter Raum ist dem kulturellen Studium gewidmet. Aus diesen Kapiteln sei folgendes zitiert.

Wie schon 1851 die Brüder Tulasne zeigten, kann die Fruktifikation des Favuspilzes unter verschiedenen Formen stattfinden. Erst langsam brach sich die Ansicht Bahn, daſs es sich immer nur um Variationen desselben Pilzes, Achorion Schönleinii handelt. Ausnahmsweise kann Favus erzeugt werden durch zwei zur gleichen Familie gehörige Pilze, die bisher nicht auf Achorion Schönleinii zurückführbar sind:

1. Oospora canina (Constantin und Sabrazès), der gewöhnlichen Erreger des Favus beim Hunde, und

2. Achorion Quinckeanum, den Erreger des Favus bei der Maus. Beide Pilze sind auch für den Menschen pathogen.

Ein ausführliches Referat der Arbeit erübrigt sich, da sie neue eigene Resultate nicht bringt. *Schucht-Danzig.*

Über den modernen Stand der Frage des Favus beim Menschen, von Paul Née. (*Thèse de Paris.* 1906.) Verfasser gibt in seiner fleiſsigen Arbeit ein Bild der historischen und pathogenetischen Entwicklung der Titelfrage und weist auf den Polymorphismus des Achorion Schönleinii hin. Er bringt eine Beschreibung des bakteriologischen Verhaltens dieses Parasiten und der Inokulationen bei Menschen und Tieren. Verfasser zweifelt an der absoluten Einheit des menschlichen Parasiten und weist auf die von Billet bei einem Fall von Skrotalfavus beobachtete Varietät des Achorion hin. In einem weiteren Kapitel wird dann das klinische Verhalten bei den verschiedenartigen Lokalisationen erörtert. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis congenita, von Catherine Humbert. (*Thèse de Genève.* 1906. Nr. 103.) Nach einleitenden Bemerkungen, einem historischen Überblick und einer Beschreibung des Krankheitsbildes führt Verfasserin eine eigene Beobachtung an, die durch eine farbige Tafel illustriert wird. In weiteren Kapiteln werden erörtert: Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose, Differentialdiagnose, Behandlung, pathologische Anatomie und zum Schluſs die Beziehungen der fötalen Ichthyosis zur echten. Ein gutes Literaturverzeichnis beschlieſst die Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über Psoriasis nach Impfung, von Joseph Grobelny. (Inaug.-Dissert. Rostock 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Dermatologische Winke für den praktischen Arzt, von Edward Pisko-New York. (*New York. med. Monatsschr.* Bd. XIX. Nr. 2.) Aus den Ratschlägen des Verfassers für die Behandlung der Hautkrankheiten des Kindes möge eine Verordnung zu Umschlägen bei Impetigo contagiosa hier Platz finden:

Acid. carbolic.	2,0
Calaminae praepar.	4,0
Zinc. oxyd.	8,0
Glycerin	12,0
Aqu. calcis	16,0
Aqu. ad	120,0

Schourp-Danzig.

Die Impetigo, von GAUCHER. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 12.) Beschreibung der Impetigo contagiosa und ihrer Behandlung. Die blasigen Effloreszenzen sind nach G. von vollständig normaler, nicht entzündeter Haut umgeben.

Götz-München.

Ein Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol", von B. KLOSE-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) Ein 30jähriger Ingenieur bemerkte nach einmaliger Anwendung von „Javol" ein heftiges Jucken der Kopfhaut und der Stirn. Er verwendete trotzdem das Haarwasser noch drei Tage lang, bis ein heftigeres, typisches Ekzem ihn zum Arzte trieb. Als dasselbe nach acht Tagen unter Liq. alum. acet. und Zinkpaste geheilt war, versuchte er gegen ärztlichen Rat wieder das Haarwasser und wieder mit der gleichen Wirkung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Ekzem der Nase, von MÉNIER. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 16.) Zusammenstellung einiger bei der Behandlung der Ekzeme am Naseneingang gebräuchlichen Medikamente und Methoden; Neues findet sich darunter nicht.

Götz-München.

Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum non syphiliticus, von KAUPE-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 21.) K. konstatierte bei der Mutter eines neugeborenen Kindes, das typischen Pemphigus neonatorum aufwies, mäſsiges Fieber und einen vesikulös-pustulösen Ausschlag am Gesäſs und Unterleib. Bald nach dem Auftreten des Pemphigus bei dem Neugeborenen erkrankte dessen drei Jahre alter Bruder und später auch noch ein fremdes Kind, das Besuch in der Familie gemacht hatte, an Varicellen. Sicher hat es sich auch bei der Mutter und bei dem Neugeborenen um Varicellen gehandelt, der Infektionsstoff muſs nach Lage der Verhältnisse durch die Hebamme auf die Gebärende übertragen worden sein.

Götz-München.

Pemphigus der Conjunctiva und der Cornea, sowie der Haut und der Schleimhäute, von UHTHOFF-Breslau. (*Allg. med. Zentral-Ztg.* 1907. Nr. 26.) Bei einem 13jährigen Mädchen begann das Leiden vor neun Monaten und führte in dieser Zeit zur Schrumpfung des Conjunctivalsackes mit sekundärer Trichiasis, sowie zu rezidivierenden Pemphiguseruptionen der Mund-, Rachen-, Larynx- und Nasenschleimhaut und an den Extremitäten. Der Verlauf des Falles wird vom Verfasser als sehr schnell und perniciös bezeichnet und voraussichtlich die völlige Obliteration des Conjunctivalsackes mit kompletter Verwachsung zwischen Lidern und Augäpfel hervorrufen.

Schourp-Danzig.

b. *Cutis.*

In der Société médicale des hopitaux in Paris demonstrierten LESNÉ und MONIER-VINARD einen **Fall von multiplen chronischen subcutanen Abscessen, verursacht durch einen Fadenpilz (subcutane Sporotrichose).** Die Affektion, die vor einem Jahre von BEURMANN beschrieben worden ist, scheint ziemlich häufig zu sein. Die Kulturen des Pilzes entwickeln sich bei Zimmertemperatur, Brutschrankwärme hindert ihr Wachstum. Die Krankheit heilt unter energischer Jodkaliumbehandlung. Inzision der Eiterherde ist nicht zu empfehlen, weil dabei die Wundränder infiziert werden und infolgedessen Fisteln entstehen können. (Nach *Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 12.)

Götz-München.

Die Behandlung der periungualen Eiterungen, von RAYMOND BONNEAU. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 9.) Kurze Beschreibung der subungualen und ungualen Panaritien und des Unguis incarnatus und ihrer Behandlung. Der Aufsatz bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Die Nachbehandlung von Fingerverletzungen von seiten des praktischen Arztes von R. ZUELZER-Potsdam. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1907. Nr. 8.) Auf

die spätere Gebrauchsfähigkeit der verletzten Hand wird in der Regel in der Spitalpraxis zu wenig Rücksicht genommen. Die lange Fixierung der verletzten Hand gibt oft Anlaſs zur Steifigkeit und Schmerzen durch Kürzung der Strecksehnen. Die Hauptsorge soll dann der Dehnung und der Streckung der geschwächten Beuge- und Streckmuskeln gelten. Die Behandlung ist vielseitig und langwierig, aber einfach und sehr dankbar. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Behandlung eines Brustabscesses ohne Inzision durch Aspiration und Injektionen von Argentum colloidale in kleinkörniger Lösung, von J. L. Chirié und Ch. David-Paris. (*Ann. des Laborat. Clin.* April 1907.) Bei vier Patienten mit groſsen Abscessen wurde mittels Injektionen von Argentum colloidale glänzende Heilung erzielt. Es handelt sich aber nicht um das Credésche Präparat, sondern um ein von Victor Henri hergestelltes neues Präparat. Die Behandlung wurde auch noch einige Tage nach Schwinden des Eiters fortgesetzt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Cuprum sulfuricum als abortives Mittel bei Ulcus molle, von Pawlow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1907. Bd. LXVII. Nr. 11.) Im Jahre 1903 wurde das Cuprum sulfuricum als abortives Mittel bei weichen Schankern von Stenczel warm empfohlen. Das gab Verfasser Anlaſs, diese Behandlung nachzuprüfen, wobei er aber ein wenig anders als Stenczel vorging. Nach Reinigung des Geschwürs und seiner Umgebung macht er dasselbe durch Aufträufeln einiger Tropfen einer 5%igen Kokainlösung unempfindlich. Hierauf wird das Geschwür mit Wattebäuschchen tüchtig abgetrocknet, und dann werden einige Tropfen einer 25%igen Lösung von Cuprum sulfuricum, unter Hebung der Geschwürsränder, aufgetragen, damit auch hier das Kupfer einwirke. Nach zwei bis drei Minuten wird die Kupferlösung wieder abgewischt und jetzt ein mit derselben Kupferlösung reichlich durchtränkter Wattebausch auf das Geschwür aufgelegt. Bei Sitz der Ulcera auf dem inneren Blatt der Vorhaut wird diese nun über die Eichel gezogen; bei Sitz derselben auf dem äuſseren Teil der Vorhaut oder auf dem Penis selbst wird der Wattebausch mit Guttaperchapapier luftdicht verschlossen. Nach sechs Stunden, welche Patient möglichst ruhig sich verhalten muſs, läſst Verfasser Vioform auf die Wunde aufstreuen. Aus der Beschreibung einer Reihe vom Verfasser derartig behandelter Fälle von unzweifelhaften und noch nicht komplizierten weichen Schankern geht hervor, daſs unter dieser Behandlung der Verlauf derselben bedeutend, nämlich um ein Drittel der Zeit, abgekürzt wird. Weniger günstig ist der Effekt bei Sitz der weichen Schanker am Frenulum praeputii oder an anderen Stellen, wo der mit Kupferlösung durchtränkte Wattebausch sich schlecht anschmiegt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Fünf Fälle von Bubo inguinalis, von G. H. Colt-London. (*Lancet.* 13. April 1907.) Bei diesen im Krankenhaus sorgfältig untersuchten Fällen war es nicht möglich, den primären Infektionsherd nachzuweisen. Verfasser beschreibt ziemlich ausführlich die Anatomie, wobei vier Gruppen unterschieden werden (die äuſsere obere oder inguinale, die innere obere oder pubische, die untere femorale am oberen Ende der V. saphena int. und die tiefe femorale), mit den von ihnen versorgten Hautgebieten. Die Behandlung bestand in der ziemlich mühsamen, aber erfolgreichen Präparation und Entfernung aller affizierten Drüsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der Bubonen des weichen Schankers nach der Bierschen Methode, von Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 21.) Auch die weiteren Versuche mit Bierscher Stauung, über welche Verfasser berichtet (siehe *diese Zeitschr.* Bd. 44, Nr. 2, S. 74), überzeugten ihn, daſs diese Behandlung, im Vergleich zu den anderen Behandlungsmethoden, entschiedene Vorzüge aufweist und im allgemeinen von günstiger Wirkung ist, aber doch nicht wesentlich die Behandlungszeit der Bubonen bei weichen Schankern abkürzt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die Behandlung der Bubonen mit Bierscher Stauung, von Letnik. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 14 und 15.) Verfasser hat bei 50 Bubonen die Biersche Stauung angewandt, und zwar in 41 Fällen derselben mit vorzüglichem Erfolg, indem die sonst für die Behandlung von Bubonen durchschnittlich notwendige Dauer von 27 Tagen auf im Durchschnitt 8½ Tage reduziert wurde. Um aber derart günstige Resultate zu erzielen, darf man nur solche Fälle aussuchen, wo sich eine begrenzte, deutliche Fluktuation findet. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die diphtherische progrediente Hautphlegmone, von O. Ehrhardt-Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Vor kurzer Zeit beschrieb (*Zentralbl. f. Bakteriol.* 1907) Nauwerck einen Fall von flächenhaft progressiver, subcutaner, durch Diphtheriebazillen hervorgerufener Phlegmone. Obwohl die Affektion bis zu dieser Publikation nicht beschrieben worden ist, scheint sie nach den Erfahrungen E.s gerade keine Seltenheit zu sein; denn E. hat, ohne sich der Neuheit seiner Beobachtungen bewufst zu werden, im Laufe von vier Jahren vier solche Fälle gesehen und diagnostiziert. Das Krankheitsbild ist folgendes: Unter stürmischen Erscheinungen, hohem Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens tritt ein Infiltrat der Subcutis auf, das rasch nach allen Seiten flächenhaft fortschreitet und bei seiner Erweichung zu einer Loslösung grofser Hautpartien von der darunter liegenden oberflächlichen Fascie führt; Tendenz, die Fascie zu durchbrechen, besteht anscheinend nicht. Die Haut ist flammendrot injiziert und polsterartig ödematös. Bei der Palpation fühlt man in der Tiefe das harte Infiltrat, die Finger lassen Dellen zurück. Zur Ausbildung gröfserer Abscesse kommt es nicht, bei der Inzision entleert sich nur dünnflüssiger Eiter. Die rasch fortschreitende Ablösung der Haut von der ernährenden Unterlage führt natürlich zu bedeutenden Zirkulationsstörungen in der Cutis; grofse Bezirke der Haut werden gangränös. Die Krankheit befällt Kinder in den ersten Lebensjahren, ihr Erreger ist der Diphtheriebacillus, der durch kleine Exkoriationen, Varicellenpusteln usw. in die Haut eindringt, sofort in die tieferen Schichten der Cutis und Subcutis verschleppt wird und sich hier über der Fascie auf dem Lymphwege weiterverbreitet. Träger der Diphtheriebazillen wird in der Regel der Kranke selbst sein, doch kann die Infektion vielleicht auch durch diphtheriekranke Angehörige vermittelt werden. Der Nachweis der Bazillen in der Ödemflüssigkeit gelingt leicht. Die Prognose der Krankheit, bei der auch die der Diphtherie eigentümlichen Komplikationen auftreten können, ist ungünstig. Der Patient Nauwercks und zwei von den vier Kranken E.s starben; in zwei Fällen erfolgte Heilung unter Bildung grofser kallöser Narben. Die Behandlung war in den bisher bekannten Fällen eine rein chirurgische, die Erfolge konnten aber durchaus nicht befriedigen; weder grofse noch kleine Inzisionen vermochten das Fortschreiten des Prozesses aufzuhalten. In künftigen Fällen wird stets die Serumbehandlung einzuleiten sein, deren Chancen, wenn die Diagnose nicht zu spät gestellt wird, günstige sein dürften. *Götz-München.*

Das Erysipelas auf der ersten medizinischen Abteilung in den Jahren 1896—1905, von Hugo Grunwald. (Inaug.-Dissert. München 1907.) Es kamen in den zehn Jahren 1896—1905 auf der Klinik von Prof. v. Bauer in München 157 Erkrankungen an Erysipelas zur Beobachtung. Unter diesen Patienten waren 69 = 43,95 % Männer, 88 = 56,05 % Weiber. Die Zahl der Todesfälle betrug 11 = 7,01 % Gesamtmortalität. Über die Zeitdauer der Inkubation konnte nichts Genaueres festgestellt werden. Schüttelfrost war bei 34 Patienten = 21,66 % der Fälle vorhanden. Es ergaben sich 129 Fälle = 82,17 %, die unter Fieber verliefen, und 27 = 17,2 %, bei denen solches nicht konstatiert werden konnte. Etwa ⅕ der Fälle verlief vollständig fieberfrei. Die Höhe des Fiebers unterlag grofsen Schwankungen. Während das Fieber bei 18 Fällen nur einen Tag dauerte, schwankte dasselbe in den meisten Fällen

zwischen drei und sieben Tagen, die durchschnittliche Fieberdauer betrug 4,54 Tage. Insgesamt verliefen von den 129 fieberhaften Fällen 100 = 77,52% unter remittierendem Fieber, während sich bei den übrigen 29 Patienten = 22,48% kontinuierliches und teils intermittierendes Fieber zeigte. Bei den Todesfällen betrug die Maximaltemperatur im Mittelwert 39,9° C.

Gehirnerscheinungen leichteren Grades wurden bei 56 Patienten = 35,67% konstatiert. In vier Fällen war Bewufstseinstörung vorhanden, und in 15 Fällen = 9,55% steigerten sich die Gehirnerscheinungen in bedenklicher Weise (Delirien).

Die Darmerscheinungen zeigten nichts Charakteristisches. Die Milz war in 21 Fällen = 13,37% perkuttorisch vergröfsert. Bei fünf Patienten, die ad exitum kamen, zeigte sich bei der Sektion ein Milztumor.

Zu den häufigsten, fast regelmäfsig eintretenden Erscheinungen bei dem Erysipel gehört Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Doch fand Verfasser sie in seinen 157 Fällen nur 43mal = 27,39%. Bei fünf Fällen waren auch bei nur auf das Gesicht lokalisiertem Erysipel die Inguinaldrüsen geschwollen.

Bei den 157 Fällen handelte es sich in 118 Fällen = 75,16% um ein Erysipelas faciei. Das Erysipel nahm in 67,52% der Gesamtfälle von der Nase oder deren Nähe seinen Ausgang. Bei fast allen diesen Fällen litten die betreffenden Patienten an einem Katarrh der Nasenschleimhaut oder hatten kurze Zeit vor der Erkrankung einen Katarrh gehabt. Aber nur in verhältnismäfsig wenig Fällen, nämlich nur bei 31 Patienten = 29,25%, liefsen sich kleine Exkoriationen, Schrunden und dergleichen als Eintrittspforten nachweisen. Bei 75 Patienten = 47,77% liefs sich aufser dem Nasenkatarrh nichts feststellen. Was die Eintrittsstellen der Streptokokken bei dem Erysipel an den anderen Körperstellen anbelangt, so war in mehr als der Hälfte der Fälle, d. h. bei 21 Patienten = 13,37% keine Wunde aufzuweisen. Bei 18 Fällen = 11,46% waren die Eintrittspforten klar und deutlich.

Das Erysipel hatte seinen Sitz in 75,16% im Gesicht, davon 51,59% hatten das Exanthem in mehr oder weniger bedeutender Ausdehnung auf der Nase, den angrenzenden Stellen der Wangen, Augenlider und Stirn. Ferner kommen dazu diejenigen 15 Fälle = 9,55%, bei denen auch die Ohren mitergriffen waren. Ziemlich gering war die Zahl derer, nämlich 18 Patienten = 11,46%, bei denen sich das Erysipel über die behaarte Kopfhaut und den Nacken ausbreitete.

Komplikationen der Rose mit anderen Krankheiten liefsen sich in etwa der Hälfte der Fälle gleich bei 77 Patienten = 49,4% konstatieren.

Febrile oder entzündliche Albuminurie liefs sich nur in 33 Fällen = 21,02% konstatieren.

Die Therapie war die übliche einfache.

Aus der Anamnese ergibt sich, dafs 30 Patienten = 19,11% bereits vor Eintritt in die Klinik an Erysipel erkrankt waren, und zwar 20 Patienten = 12,74% hatten dasselbe einmal überstanden, die anderen 10 = 6,37% zwei- und mehrmals, einer sogar 15mal. Von den 157 Patienten wurden fast ²/₃, nämlich 92 Patienten = 58,6% als vollständig geheilt entlassen, während bei 45 Patienten = 28,66% die Entlassung unter „gebessert" erfolgte. In den elf Fällen = 7,01%, in denen der exitus letalis eintrat, waren Komplikationen die Todesursache. Was das Alter der Gestorbenen betrifft, so betrug dasselbe meist über 50 Jahre, im Durchschnitt 60,18 Jahre.

Aus der Tabelle über das Auftreten der Erysipels in den verschiedenen Jahreszeiten ergibt sich ein beträchtliches Vorherrschen des Erysipels in den Winter- und Frühjahrsmonaten, während in den Herbstmonaten nur sehr wenige Fälle zur Beobachtung kamen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis des Gesichtserysipels, seine Häufigkeit und Mortalität, von DIMO LESSITCHKOFF. (*Thèse de Genève* 1906.) Im Genfer Kantonal-Hospital kamen in den Jahren 1900—1905 unter 12332 Aufnahmen (7672 Männer, 4660 Frauen) 107 Fälle von Gesichtserysipel zur Beobachtung, davon betrafen 51 Männer und 56 Frauen. Es trafen also 8,7 Erysipelfälle auf 1000 Aufnahmen (6,5 : 1000 für die Männer und 11 : 1000 für die Frauen. Die Frequenz ist vom Alter beeinflufst; ihr Maximum fällt in die Zeit vom 20.—30. Lebensjahr. In den Fällen des Verfassers betrug die Mortalität 11,21 %; nach anderen Autoren schwankt sie zwischen 1—11 %. Verfasser hat einen auffälligen Unterschied in der Mortalitätsfrequenz bei Männern und Frauen beobachtet; die ersteren figurieren mit 17,64 %, letztere mit 4,78 %. Für die gröfsere Mortalitätsziffer beim männlichen Geschlecht ist nach der Meinung des Verfassers der Alkoholismus von Bedeutung. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kasuistik und Therapie des Hautanthrax beim Menschen, von FLORIAN FELIX. (Inaug.-Dissert. Zürich 1905.) Von fünf Befallenen waren vier ständige Arbeiter in einer Rofshaarspinnerei, einer hatte vorübergehend dort gearbeitet. Die Provenienz des importierten Materials ist wahrscheinlich Rufsland oder Amerika. Verfasser ist für eine chirurgische Therapie. *Fritz Loeb-München.*

Spirochätenbefunde bei Framboesia tropica, von M. MAYER - Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 12.) Die von CASTELLANI publizierten Befunde betreffend Spirochäten bei Framboesia sind bisher offenbar wenig beachtet worden, doch hat VAN DEN BORNE in Holländisch-Indien unter 52 Fällen 49mal positive Ergebnisse konstatiert. M. hat bei Gelegenheit einer Tropenreise auf Ceylon, in Daressalam und Bagamoyo fünf Fälle untersucht und im Safte der frischen, noch geschlossenen Papeln bei allen fünf Patienten die von C. beschriebenen, sehr feinen, der Spirochaeta pallida ähnlichen Spirochaeta pertenuis nachgewiesen. Er glaubt demnach, dafs diesen Treponemen ätiologische Bedeutung bei der Entstehung der Framboesia zukommt. Seine Versuche, dieselben im Gewebe mittels der LEVADITIschen Silberfärbung nachzuweisen, glückten allerdings nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Frage der Ätiologie der Noma, von PAWLOWSKIJ. (*Russki Wratsch.* 1907. Nr. 24.) Auf Grund der bakteriologischen Untersuchung eines Falles von Noma und der histologischen Untersuchung dieses, wie noch eines zweiten Falles, kommt Verfasser, gleich PERTHES, zum Schlufs, dafs als Ursache dieser Krankheit die Streptothrix anzusehen ist, denn die Fäden derselben finden sich in den tieferen Gewebsschichten, weitab von den oberflächlich gelagerten anderen Mikrobien.

Arthur Jordan-Moskau.

Akute, idiopathische Gangrän im Säuglingsalter, von P. HEIM - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 1.) In allen drei Fällen war die Gangrän circumskript, ist schnell gewachsen und hat in einigen Tagen ihre definitive Gröfse erreicht. Die Kinder waren sonst gesund, Trauma wurde negiert. Heilung in allen Eällen.

B. Kollarits-Budapest.

Behandlung der traumatischen Gangrän, von VAN BUREN KNOTT-Siou City. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 18.) Mitteilung von zwei Krankheitsfällen, in welchen der Verfasser genau auf der Grenze vom Gesunden und Kranken die Amputation mit Durchschneidung aller Schichten in gleichem Niveau vornahm; nach Blutstillung wurde ein feuchter, zwei- bis viermal täglich zu wechselnder Verband angelegt. Erst nach sieben Tagen erfolgte die Weiteroperation mit Lappenbildung und Naht. Die Vorteile dieses Vorgehens erblickt der Verfasser in der grofsen Einfachheit, mit welcher der Patient zunächst von dem ihn gefährdenden gangränösen Gewebe befreit wird. Die Pause bis zur Ausführung der zweiten Operation läfst sich ausnutzen, um den Patienten zu stärken und zu kräftigen. *Schourp-Danzig.*

Kann Lichen ruber planus eine Unfallfolge sein? von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (*Med. Klinik*. 1907. Nr. 7.) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Verfasser berichtet über einen Fall, in dem er ein Gutachten über die Frage abgeben sollte, ob Lichen ruber eine entschädigungspflichtige Unfallfolge sein könne, und verneint diese Frage. Es sei bisher kein sicherer Beweis für die infektiöse Natur der Affektion gegeben und deshalb darf die Infektiosität derselben für praktische Zwecke nicht als bewiesen angenommen werden. Die Lokalisation des Lichen ruber planus in einer frischen Narbe ist demnach als Ausdruck einer allgemeinen Diathese zu betrachten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über einen Fall von Rhinophyma, von Herbert Schneider. (Inaug.-Dissert. München 1907.) Verfasser gibt einleitend einen interessanten historischen Rückblick und bespricht dann kurz die verschiedenen Auffassungen der einzelnen Autoren über die Natur des Rhinophyma. Die Meinungen gehen noch sehr auseinander. Im allgemeinen könne man sagen, daſs die Ansicht der Gleichstellung des Rhinophyma mit dem höchsten Grade der Acne rosacea noch die verbreitetste sei. Im Anschluſs an die Mitteilung eines typisch verlaufenden Falles von Rhinophym veröffentlicht Verfasser das in der letzten Zeit über die Kenntnis dieses Leidens Publizierte. Drei vorzügliche Abbildungen illustrieren den beschriebenen Fall. *Fritz Loeb-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Primäres, perforierendes Epitheliom des harten Gaumens, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 13.) Bei einem 60jährigen Manne, der wissentlich nie Syphilis gehabt hatte, entstand unter heftigen, nach den Ohren zu ausstrahlenden Schmerzen eine rundliche Perforation des harten Gaumens; gleichzeitig magerte der Patient rasch ab. An den Rändern der Perforation fanden sich nach oben und nach unten Wucherungen; hinter dem linken Unterkiefer waren zwei geschwollene Lymphdrüsen zu fühlen, auſserdem bestand starker Foetor ex ore. Obwohl Gebrauch des Quecksilberjodür und Jodkalium enthaltenden Sirop de Gibert vorübergehend Besserung herbeizuführen schien, handelte es sich doch nach dem Aussehen und dem Verlaufe der Affektion zweifellos nicht um einen syphilitischen Prozeſs, sondern um ein Carcinom. *Götz-München.*

Epithelioma bei Kohlenarbeitern, von A. W. Lueke - Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Mai 1907.) Das bei Kohlenarbeitern vorkommende Epitheliom hat das Skrotum als Prädilektionssitz, und L. nimmt an, daſs der Ruſs, die Teer- und Paraffinprodukte oder die von den Arbeitern behandelte ölige Masse wahrscheinlich indirekt die Erreger des EpitheIioms sind. Es ist unwahrscheinlich, daſs das Krebsgift, wenn es ein solches gibt, in den genannten Substanzen gefunden werden kann, da sie alle hohen Hitzegraden, welche zweifellos jeglichen Keim zerstören würden, ausgesetzt sind. Die Haut wird in diesen Fällen verdickt, trocken und rauh, dann folgt ein Stadium feuchten Ekzems, und die fortgesetzte Reizung bringt schlieſslich rund um die Ausführungsgänge der Drüsen Epidermisknoten hervor (Ruſswarzen). Diese Warzen können Jahre hindurch unverändert bestehen, und manche Arbeiter haben ihr Skrotum damit bedeckt, ohne daſs eine carcinomatöse Entartung eintritt; durch irgendeinen speziellen Reiz kann dann das eine oder andere dieser Gebilde mehr prominent werden, das Zentrum zur Ulceration kommen und dieselbe sich allmählich weiter ausbreiten. Die Infektion der Lymphdrüsen vollzieht sich erst im späteren Verlauf der

Krankheit. Die Tumoren zeigen im allgemeinen die Struktur des squamösen Zellillepithelioms mit charakteristischen Epithelläppchen und -perlen. Die Prophylaxe besteht in Reinhaltung der Haut durch häufiges Baden, und die Leute sollten instruiert werden, die Haut des Gesichtes oder Hodens nicht mit ihren Handschuhen oder schmutzigen Händen zu berühren; jedes beginnende Ekzema soll energisch behandelt werden. Die Behandlung ist dieselbe wie bei anderen Hautepitheliomen; zweifellos ergiebige Exzision mit Einschluſs der benachbarten Drüsen das beste Mittel, wiewohl auch Röntgentherapie das erwünschte Resultat liefern kann. Die Prognose ist gut; auch bei Tiefergreifen des Prozesses ist die Aussicht auf Heilung durch Operation besser wie bei jeder anderen Art von Carcinom. *Stern-München.*

Trypsin beim Carcinom — ein vorläufiger Bericht, von William Seaman Bainbridge - New York. (*New York med. Journ.* 2. März 1907.) Verfasser, Chirurg am New Yorker Haut- und Krebskrankenhaus, berichtet hier eingehend über einen Fall von Brustkrebs, der nach Beards Methode mit Trypsininjektionen behandelt, daneben aber wegen Rezidiven dreimal operiert worden ist. Irgendein Erfolg der Trypsinbehandlung war weder in diesem Falle doch in einigen anderen, früher schon auf dieselbe Weise behandelten Fällen zu konstatieren. Genaue histologische Beschreibung der Krebswucherungen, welche immer wieder nach ausgedehntester Operation sich einstellten. Trotz seiner Miſserfolge mit Trypsin möchte B. von weiteren Versuchen nicht abraten. *Stern-München.*

Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von S. Martin. (*Rev. Ibero-Americana de Ciencias medicas.* Febr. 1907.) Der Fall hat nur kasuistischen Wert; bringt absolut nichts Neues von Bedeutung. *C. Müller-Genf.*

b. *Benigne.*

Über die Behandlung von Neugebilden mittels des elektrischen Stromes, von Hugo Bayer - Wien. (*Klin.-ther. Wochenschr.* 1907. Nr. 33.) Mittels des elektrischen Stromes kann man nicht nur Haare und kleine Muttermäler entfernen, sondern auch gröſsere Neugebilde der verschiedensten Art, wenn sie nicht schon zu weit vorgeschritten sind. Man bezeichnet das Verfahren im allgemeinen als Elektrolyse. Unter anderem behandelte Verfasser mit Erfolg Fälle von Fibrosarkom, papillösen Zungenwucherungen, Geschwulst der Lippe, Keloid, Naevus pigmentosus. Miſserfolge konnte Verfasser bisher nicht verzeichnen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Venöses Hautangiom mit beginnender Malignität, von Ralph R. Campbell-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 24.) Ein jetzt 38jähriger Mann hat am rechten Unterschenkel ein angeborenes, seit Jahren ulcerierendes Angiom, in dessen Umgebung Geschwulstmassen wucherten, welche als Epitheliom angesprochen wurden. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. *Schourp-Danzig.*

Über einen Fall von Teleangiektasie mit Blutung, von W. Beigh-Caterham Volley. (*Lancet.* 23. Febr. 1907.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ausgedehnte multiple Keloide. Drei Fälle bei Chinesen als Folge gewohnheitsmäſsiger Morphiuminjektionen, von Maximilian Herzog-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 22.) Aus den Krankheitsgeschichten der drei Fälle, deren Haut an unzähligen Injektionsstellen mit kleinen Keloiden besät war, folgert der Verfasser, daſs morphiumsüchtige Chinesen für die Entwicklung von Keloiden empfänglich sind. Die histologische Untersuchung exstirpierter Gewebsstücke ergab völlige Übereinstimmung mit dem Bau typischer Keloide. *Schourp-Danzig.*

Über die Behandlung der Keloidakne des Nackens, von Sprecher. (*La Rassegna di Terapia.* 1907. Nr. 5.) Es handelte sich um zwei Patienten in mittlerem

Alter, die seit Jahren an Akne des Halses gelitten hatten und bei denen sich gröfsere keloidartige Narben auf dem Nacken gebildet hatten. Nach verschiedenen resultatlosen therapeutischen Eingriffen entschlofs sich der Verfasser für die Sabouraudsche Methode: Epilation; während der Nacht Auftragen einer Salbe aus präzipitiertem Schwefel und Salicylsäure mit Zinksalbe als Vehikel; während des Tages mehrmaliges Abwaschen mit einer gesättigten Borsäurelösung in Alkohol. Der Erfolg war ein vorzüglicher. *C. Müller-Genf.*

Behandlung der Warzen, von Zoroastro Alvarenha-Lavras. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 27.) A. hat bei zwei Leuten ungemein zahlreiche Warzen durch tägliche Pinselung mit einem von Manthelin empfohlenen Mittel, bestehend aus

Chloral
Acid. acetic. ✕ 1,0
Acid. salicylic.
Aether ✕ 4,0
Collod. 15,0

im Verlaufe von 30—40 Tagen zum Verschwinden gebracht. Innerlicher Gebrauch von Magnesia war in beiden Fällen vollständig wirkungslos geblieben.

Götz-München.

Ein Fall von allgemeiner Fibromatosis mit tödlichem Ende infolge eines Tumors an der linken Brustseite, von J. Mackie Whyte. (*Scott. med. Journ.* Aug. 1907.) Bei dem 16 jährigen Knaben waren unregelmäfsig über Rumpf und Extremitäten wenigstens 50 subcutan gelegene, bewegliche und nicht im geringsten schmerzhafte Knoten bis zur Wallnufsgröfse verteilt; aufserdem war die Haut in gröfseren und kleineren Flecken überall stark pigmentiert, und unterhalb der rechten Brustdrüse waren zwei hervorspringende, warzenartige Mäler vorhanden. Es traten Erscheinungen von seiten der Lungen und Bronchien auf (Dämpfung, bronchiales Atmen), welche durch das negative Resultat der Sputumuntersuchung und der Punktion, ebenso wie die Verdrängung des Herzens einen Tumor der linken Lunge annehmen liefsen, und unter Kräfteverfall und Atembeschwerden schliefslich der Tod ein. Whyte glaubt, dafs der Tumor ein vom Halssympathikus ausgehendes Sarkom war, wie überhaupt bei dem ganzen Leiden das sympathische Nervensystem in hohem Grade ergriffen ist. Ebenso unerklärlich, wie die Ätiologie der Hautaffektion, ist deren rascher, tödlich endender Verlauf und der Zusammenhang mit Pigmentierung der Haut; Verfasser wirft schliefslich die Frage auf, ob Personen mit dunkler Hautfarbe nicht leichter von der schweren, mit Pigmentierung der Haut verbundenen Form der Krankheit befallen werden, als solche mit hellem Teint. *Stern-München.*

Über Lymphangioma cutis, von Malka Surawitsch. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) Nach einer Besprechung der Systematik und der Hauptcharaktere der einzelnen Lymphangiomformen tritt Verfasser in die Beschreibung von vier Fällen von Lymphangiomata ein. Es soll im Rahmen des Referates nicht näher auf die Erörterung der in der Lymphangiomfrage herrschenden Meinungsverschiedenheiten eingegangen werden; Einzelheiten sind im Original zu studieren.

Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben in den vier Fällen Veränderungen, welche für eine primäre Endothelwucherung der präformierten Lymphgefäfswandungen sprechen. Es fanden sich in allen Fällen dichte, runde und buckelförmig ins Lumen vorspringende Endothelzellen als Begrenzung der Cystenwand und in einem Fall zackige Ausläufer der Lymphgefäfswandung, aus endothelähnlichen Zellen zusammengesetzt, die Verfasser als Endothelsprossungen ansehen zu müssen glaubt. Interessant ist ein Fall, in dem sich eine Kombination von Lues und Lymphangiom fand. Da das letztere nach Jodkalium schwand, und zwar erst, nachdem die Drüsenschwellung

zurückgegangen war, kann mit Verfasser angenommen werden, daſs die vergröſserten Drüsen einen Druck auf die Lymphgefäſse ausübten, welche zu Stauungserscheinungen, Dilatation und Wucherung der Gefäſswände führte. *Fritz Loeb-München.*

Zwei Fälle von sog. Adenomata sebacea, von Basha Drabkin-Slutzky. (Inaug.-Dissert. Zürich.) Auf Grund zweier eigener und der in der Literatur beschriebenen Fälle kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Der von Pringle u. a. unter der Bezeichnung „Adenomata sebacea" beschriebene Symptomenkomplex ist ein gut umschriebenes Krankheitsbild, das sich charakterisiert: 1. durch multiples, symmetrisches Auftreten stecknadelkopf- bis erbsengroſser, im Gesicht lokalisierter Knötchen, welche einen Geschwulsttypus von benignem Charakter aufweisen; 2. durch den häufigen Befund anderweitiger, oft isoliert stehender, benigner Neubildungen am übrigen Körper; 3. durch häufiges kongenitales oder wenigstens in den frühesten Lebensjahren Auftreten; 4. durch den häufigen Nachweis von geistiger Minderwertigkeit (Epilepsie, Idiotismus usw.); 5. histologisch: durch Multiformität des Geschwulsttypus, isoliert oder kombiniert vorkommend in einer Geschwulst, wobei als einheitliches Moment Hypertrophie der Organ- oder Gewebselemente der Haut in den Vordergrund tritt; 6. häufig sind die Talgdrüsen befallen, sehr selten allein, fast stets kombiniert mit anderen Gewebsbestandteilen der Haut; in seltenen Fällen können die Talgdrüsen intakt sein. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von multiplen, circumskripten Lipomen, welche mit Äthylchlorid behandelt wurden, von Agnes F. Savill-London. (*Lancet.* 6. April 1907.) Ein 31jähriger Mann bot an verschiedenen Stellen des Körpers etwa 20 subcutane Tumoren von Pfennigstück- bis Fünfmarkstückgröſse dar. Etwa acht Jahre zuvor war die erste Schwellung dieser Art bei ihm hervorgetreten und war exzidiert worden. Im Jahre darauf kam wieder eine Geschwulst zum Vorschein; dieselbe wurde nunmehr exzidiert und erwies sich als ein typisches Lipom. Die übrigen Läsionen wurden mit wöchentlichen Pinselungen mit Äthylenchlorid (NaC_2H_5O) behandelt. Abgesehen von einer Dermatitis, die eintrat, als Patient täglich pinselte, hatte die Behandlung keine unangenehmen Wirkungen. Im Laufe von einigen Monaten war eine Verminderung der Läsionen zu konstatieren, und die Rückbildung hat seitdem stetige Fortschritte gemacht. Die Allgemeinbehandlung in tonisierender Form war vielleicht auch ein wirksamer Faktor bei dem günstigen Erfolg. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Keratangioma, geheilt durch Thierschsche Transplantation, von H. Bán - Budapest. (*Budapesti orv. ujs.* 1907. Pädiatr. Beilage. Nr. 1.) Ähnlicher Fall, wie von Pospelow beschrieben, bei einem neunjährigen Mädchen. Nach Abtragung des Tumors Transplantation nach Thiersch. Nach kleinem Rezidiv, die mit Galvanokauter zerstört wurde, vollständige Heilung. *B. Kollarits-Budapest.*

c. *Pigmentanomalien.*

Naevus pigmentosus. Beziehungen desselben zu Sommersprossen und Chromatophoromen, von Adolf Rheindorf. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Verfasser will mit seiner Arbeit einen Beitrag zur Klärung der Frage liefern, ob für die Naevi pigmentosi charakteristischen, den weichen Warzen analogen Zellanhäufungen von rundlicher und strangförmiger Anordnung, die einen wechselnden Pigmentgehalt aufweisen und sich in den verschiedenen Gegenden des Coriums in wechselnder Menge vorfinden, bindegewebiger oder epithelialer Herkunft sind. Er kommt zu dem Ergebnis, daſs bei der Entwicklung des Naevus viele der die Neubildung zusammensetzenden Zellen nachweislich Bindegewebselemente sind. Für die anderen im Naevus vorkommenden Zellen nimmt er eine bindegewebige Herkunft an und läſst die Frage offen, von welchen verschiedenen Gruppen der Bindesubstanzzellen sie abstammen.

Das gleiche gilt für die Sommersprossen und Chromatophorome, die nur durch quantitative Differenzen der Zellanhäufungen von den Naevis verschieden sind. Die nachweislichen Bindegewebszellen geben in ihren Jugendstadien bei der Färbung mit polychromem Methylenblau Mastzellengranula, haben charakteristische längere oder kürzere Ausläufer, in denen unter Umständen Mastzellen sowie Pigmentgranula färberisch darstellbar sind. Häufig behalten die Ausläufer bei der Färbung auch einen schwachen Farbenton von Methylenblau. Der Befund von Mastzellen und Pigmentgranula scheint darauf hinzuweisen, dafs diese beiden Zellformen auch direkt ineinander übergehen können. Einen weiteren Anhaltspunkt für die Verwandtschaft der Mastzellen mit den Chromotophoren sieht Verfasser in dem massenhaften Auftreten derselben an der Haarpapille und der Haarmatrix, also an Orten, an denen physiologisch den Chromatophoromen die Pigmentierung des Haares zufällt. Für die Sommersprossen kommen als ätiologisches Moment nach der Annahme des Verfassers wohl ziemlich sicher die Sonnenstrahlen in Betracht. Unter ihrer Einwirkung ist es in ersteren zur Vermehrung normal vorkommender Zellen gekommen, die durch ihren Pigmentgehalt einen Schutz darstellen dürften. Für die Naevi und Chromatophorome läfst Verfasser die Frage offen. Ihre Entstehung sei in dasselbe Dunkel gehüllt, wie die der Tumoren überhaupt. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von benigner Melanosis, von J. Clark Stewart-Minneapolis. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 3.) Bei einer 34jährigen Frau, welche seit langen Jahren über Beckenschmerzen geklagt hatte, wurde operativ ein orangegrofser, schwarzgefärbter Parovarialtumor entfernt. Dabei fanden sich unzählige kleine schwarze Geschwülste über das ganze Peritoneum verbreitet. Nach der Operation schwollen die Brüste und sonderten eine tintenschwarze Flüssigkeit ab, der Urin war melanotisch. Als nach zwei Jahren die Frau in guter Verfassung eine Entbindung durchgemacht hatte, wiederholte sich am dritten Tage des Wochenbettes die schwere Absonderung der Brüste unter gleichzeitigem Schwarzwerden des Urins. Danach wurden keinerlei Störungen mehr beobachtet. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie der Nebennieren, von Friedrich Fellbaum. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1907.) Die Arbeit liefert einen interessanten Beitrag zur Pathologie der Nebenniere. Nach einem Überblick über die spezielle Pathologie dieses Organes bespricht Verfasser die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche das klinische Bild des Morbus Addisonii bedingen. Die Frage dieser Veränderungen ist bisher ebensowenig einheitlich geklärt wie die Diagnostik. Es handelt sich dabei um die Entartung entweder der Rinde oder des Markes, die bekanntlich aus heterogenen Gewebselementen zusammengesetzt sind: die Rinde ist epithelialen Ursprungs, während das Mark vom Sympathicussystem stammt und eine entwicklungsgeschichtlich später erfolgte Einlagerung darstellt, die ihren Zusammenhang mit dem sog. chromaffinen Gewebe des Sympathicusnervensystems nicht verleugnet. In Fällen von klinisch ausgesprochenem Addison wurden im allgemeinen bei 80—90% ausgiebige Entartung der Nebennieren beobachtet, und zwar meist bei ausgesprochen tuberkulöser Degeneration. Thompson gibt 80%, Lewin 88% an, daneben 8% Erkrankungen des Sympathicussystems. Nun sind aber Fälle von ausgesprochener Zerstörung der Nebennieren ohne Addison, andererseits ausgesprochener Addison bei scheinbar intakten Nebennieren beobachtet worden. Als hervorstechendstes Symptom wird dabei die Hautpigmentierung angesehen. Verfasser bespricht zunächst die Theorie von Neusser, der die Hautpigmentierung völlig auf Konto einer Erkrankung des Sympathicussystems setzt. Durch diese Hypothese würden die Fälle von völliger Degeneration der Nebennieren ohne Addison erklärt: solange das chromaffine Gewebe aufserhalb der Nebennieren gesund bliebe, brauchte ein

Zugrundegehen des gleichen Gewebes in den Nebennieren nicht unbedingt die charakteristische Pigmentierung des Morbus ADDISON hervorzurufen. Nach WIESEL sind die Fälle von Addison-Bronzehaut bei scheinbar intakten Nebennieren darauf zurückzuführen, dafs Degeneration des chromaffinen Gewebes allein keine deutliche makroskopische Veränderung der Nebennieren zu bedingen braucht. Es würde sich also in allen diesen Fällen handeln um eine Kompensation der Funktion des erkrankten Gewebes durch die Arbeitsleistung eines in verwandtem Sinne funktionierenden Gewebes in einem anderen Organe, also um eine Kompensation im weiteren Sinne. Verfasser führt eine Reihe von Fällen aus der Literatur an, bei denen es sich um kompensatorische Hypertrophie der einen Nebenniere bei Erkrankung der anderen handelt und bringt dann einen Fall zur Kenntnis, bei welchem sich die kompensatorischen Prozesse in ein und demselben Organe abspielten, indem neben rückläufigen Veränderungen in der Nebennierenrinde knötchenförmige Wucherungen von Rindenparechym auftraten, die zwar schon öfter beschrieben, aber wohl bisher noch nicht als vicariierende Hypertrophie gedeutet wurden. Der Fall ist noch weiter dadurch interessant, dafs im klinischen Bild das charakteristische Symptom des Morbus ADDISON (Hautpigmentierung) in wechselnder Intensität, bald deutlich, bald weniger klar hervortrat.

Zum Schlufs gibt Verfasser eine eingehende Beschreibung und Würdigung der pathologisch-anatomischen Befunde. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Morbus ADDISON, von PAUL HERWIG. (Inaug.-Dissertation. München 1906.) Verfasser bespricht in den einzelnen Kapiteln seiner umfangreichen Arbeit (67 Seiten) nach einer Einleitung und einem historischen Überblick die Symptome, Verlauf und Dauer, Häufigkeit, Vorkommen, Diagnose, Therapie, Prognose. Pathologische Anatomie, Komplikationen, Pathogenese der ADDISONschen Krankheit, um zum Schlufs einen auf der ersten medizinischen Klinik zu München beobachteten Fall ausführlich zu schildern. Die anatomische Diagnose dieses Falles lautet: Chronische, käsige Tuberkulose der rechten Nebenniere, Morbus ADDISON, Tuberkulose der linken Lungenspitze, hochgradige Adipositas cordis usw. Sieben Seiten Literaturangaben erhöhen den Wert der Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der ADDISONschen Krankheit, von H. STURSBERG-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 16.) ST. berichtet über zwei Fälle von ADDISONscher Krankheit, von denen der eine keine Spur von Verfärbung der Haut und der Schleimhäute, der andere nur ganz geringe Pigmentanomalien aufwies; in beiden Fällen führten starke körperliche und geistige Adynamie bei ziemlich gutem Ernährungszustand und Erniedrigung des Blutdruckes ohne nachweisbare Erkrankung des Herzens zur Stellung der Diagnose intra vitam. Schwere Adynamie bei verhältnismäfsig gutem Ernährungszustand, speziell gut erhaltenem Fettpolster mufs nach ST.s Ansicht stets den Verdacht auf Nebennierentuberkulose erwecken. Treten dazu eine starke Blutdrucksenkung, für die im Herzen eine Ursache nicht zu finden ist, und Magenstörungen, für die ebenfalls keine spezielle Veranlassung vorliegt, dann ist nach ST. die Diagnose auf ADDISONsche Krankheit auch ohne abnorme Pigmentierung ausreichend begründet. Das Mifsverhältnis zwischen Ernährungszustand und Adynamie legt den Gedanken nahe, dafs vielleicht durch die Störung der Nebennierenfunktion auch eine Hemmung des gesamten Stoffumsatzes hervorgerufen wird, und dafs diese es dem Organismus ermöglicht, mit minimalen Nahrungsmengen die notwendigsten Funktionen aufrechtzuerhalten, ohne dafs das Fettpolster angegriffen wird.

Götz-München.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus ADDISON, von G. B. ROATTA. (*Thèse de Genève.* 1906.) Im Kantonal-Hospital zu Genf wurden unter 1604 Obduktionen 16 Fälle von beiderseitiger Verkäsung der Nebennieren gezählt, davon zeigten nur

fünf bei Lebzeiten pathologische Hautpigmentierung, Asthenie und gastro-intestinale Störungen, die anderen elf hatten neben den anderen Symptomen keine solche Pigmentierungen. Aufserdem kamen drei Fälle von einseitiger Verkäsung zu Gesicht, begleitet von ADDISON-Symptomen, in zwei dieser Fälle Pigmentanomalien.

Die Arbeit schliefst mit folgender interessanter Statistik:

	Eingetretene Patienten			Tuberc. pulm.		ADDISON			
	behandelt	gestorben	Autopsie	behandelt	gestorben	behandelt	gestorben	Autopsie	Nebennieren-läsionen
männlich	7672	1264		1529	488	27	24	22	
weiblich	4660	876		871	300	4	4	4	
Summe	12332	2342	1604	2400	788	31	28	26	

Fritz Loeb-München.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über das Vorkommen der Trichonodosis (GALEWSKI), von OTTO KREN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Bei einer Untersuchung von 54 Patientinnen aus RIEHLS Klinik, welche wegen anderer Hautaffektionen aufgenommen waren, wurden 35 mal solche Bildungen nahe dem Ende der langen Kopfhaare gefunden, welche von GALEWSKI als Trichonodosis bezeichnet werden, ein Beweis dafür, dafs diese Erscheinung keineswegs selten ist. Meist wissen die Patienten gar nichts von diesem Leiden, und daher erklärt es sich, dafs dasselbe bisher selten beobachtet wurde. Der Sitz dieser Knötchen ist fast immer an der Mitte oder am Ende der Haare, auch die Haare am Körper können solche Schlangenbildungen aufweisen. Eine der häufigsten Ursachen bildet die Anwendung von entfettenden Mitteln und Prozeduren und auch das Haarbrennen, sowie das Schnelltrocknen mit Heifsluft. Nach allem mufs die Trichonodosis GALEWSKI im Hinblick auf ihre Abhängigkeit von physikalischen und mechanischen Einflüssen und mit Rücksicht auf ihr so häufiges Vorkommen bei sonst gesunden Individuen als eine Veränderung bezeichnet werden, welcher die Charaktere einer Krankheit vollständig fehlen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über argentoide Haarverfärbung, von W. IPSEN-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) I. fand bei einem 23jährigen Schlosser zufällig eine eigentümliche Färbung der Haare am ganzen Körper; die Grundfarbe war ein stumpfes Braungrau, dabei sahen die Haare aus, als ob eine zarte, silbergraue Schicht von Staub oder Asche darüber gestreut wäre — argentoide Haarfärbung. Die Anamnese ergab, dafs die merkwürdige Färbung von Jugend auf besteht und auch bei der Mutter und einer Schwester vorhanden ist, während der Vater und zwei Brüder dunkelbraunes Haar haben. Die Ursache der Verfärbung war eine eigentümliche Anordnung des Pigments. In dem distalen Teile des Haarschaftes fehlte gelöstes Pigment vollkommen; es fanden sich nur Pigmentschollen verschiedener Gröfse unregelmäfsig verteilt, getrennt durch Strecken, die ganz pigmentfrei waren. Die Mark-

substanz war noch vorhanden, und sie verlieh der fast völlig pigmentlos gewordenen Haarspitze die weifsliche Farbe und somit dem ganzen Haar die argentoide Verfärbung.

Götz-München.

Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Monilethrix, Spindelhaare), von Clara Hübschmann. (Inaug.-Dissert. Zürich. 1906.) Vier sonst vollständig gesunde Geschwister zeigen etwa vom dritten Monat nach der Geburt an an mehr oder weniger umschriebenen Stellen des Capillitium eigenartige Veränderungen der Haare, die sich schon makroskopisch durch aufserordentliche Kürze, Trockenheit und Brüchigkeit auszeichnen. Das Charakteristische besteht in der Bildung von rosenkranzartigen oder in gröfseren, meist unregelmäfsigen Abständen auftretenden spindelförmigen Auftreibungen und Einschnürungen des Haarschaftes. Ein ähnliches Bild zeigen auch die spärlich vorhandenen Augenbrauen. Aufser der Trockenheit und Haarlosigkeit der ganzen Körperoberfläche zeigt die Stirn- und Nackenhaargrenze, wie auch die äufsere Augenbrauengegend, ferner die Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel der drei Mädchen hie und da Erscheinungen einer Hyperkeratosis der Haarfollikelmündungen, welche der Haut eine eigentümlich rauhe Beschaffenheit verleiht. Als Begleiterscheinung konstatiert man bei drei Fällen umschriebene Auffaserung der Rindensubstanz und zwar entsprechend den Anschwellungen, so dafs das Bild an die Trichorrhexis nodosa erinnert. Da die Haare an den entsprechenden Stellen abbrechen, zeigen die Haarenden oft ein besenförmiges Aussehen. In allen Fällen fehlte die sämtliche übrige Körperbehaarung; es waren auch nicht die feinsten Wollhärchen nachzuweisen. Sämtlichen Fällen von Monilethrix ist gemeinsam sowohl die qualitativ als auch quantitativ mangelhafte Entwicklung des Haarsystems überhaupt. Ein fast konstantes Symptom ist die Bildung eigenartiger, stecknadelkopfgrofser, hornartiger Knötchen, speziell an Stirn- und Nackengrenze, auch an der äufseren Augenbrauengegend, seltener an den Streckseiten der Oberarme, ja sogar auf dem Rücken (Hallopeau). Oft bilden diese Knötchen die Basis eines sie durchbohrenden kurzen, feinen Härchens, oft sind sie ganz haarlos, d. h. erst bei Auslösen des Hornzäpfchens kann man ein in die Hornsubstanz eingebettetes, aufgerolltes oder „zusammengeklapptes“ Härchen erkennen. Entzündungserscheinungen fehlen meist. Dieser Symptomenkomplex, dessen Einzelheiten im Original studiert werden müssen, entspricht fast vollständig dem Bilde der Trichorrhexis nodosa.

Wichtig für die Auffassung des Krankheitsbildes ist die Beobachtung, dafs bei sämtlichen Fällen (Lesser, Ciarrocchi, Schütz, Bureau, Hallopeau usw.), soweit sichere anamnestische Angaben vorliegen, die Affektion schon in den ersten Jahren nach der Geburt in Erscheinung tritt, d. h. mit Bildung der sekundären Haare. Ätiologisch ist auf den hereditären Charakter der Erkrankung hinzuweisen.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des Lupus erythematodes, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 10.) Br. legt bei der Behandlung des Lupus erythematodes grofsen Wert auf den Aufenthalt in freier Luft in einer Gegend mit warmem oder gemäfsigtem Klima. In tropischen Ländern ist der Lupus erythematodes unbekannt; der Grund dafür ist vielleicht die starke Sonnenbestrahlung in diesen Gebieten. Bei den oberflächlichen Formen ist es wichtig, Kongestionen gegen den Kopf durch Vermeiden schwer verdaulicher Speisen und alkoholischer Flüssigkeiten und durch Anregung der Darmtätigkeit hintanzuhalten; aufserdem ist mäfsige körperliche Bewegung und Gebrauch diuretischer Getränke zu empfehlen. Innerlich gibt Br. entweder Arsenik oder Karbolsäure (0,01 pro dosi) oder Chinin (2mal tägl. 0,5—1,0); von jedem der drei Mittel hat er schon gute Erfolge gesehen. Zur äufserlichen Behandlung der oberflächlichen Formen verwendet Br. nur die allgemein gebräuchlichen Mittel. Für

die tiefgreifenden Formen empfiehlt er in erster Linie die Kauterisierung, die zuerst und hauptsächlich an den Rändern vorgenommen werden mufs; sie wird alle zwei bis drei Wochen wiederholt. Skarifikationen wirken ebenfalls gut, aber weniger energisch. *Götz-München.*

Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Wirschubski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1907. Nr. 25 und 26.) Besprechung eines Falles von Sklerodermie bei einer sechsjährigen Jüdin, die angeblich seit dem dritten Jahr krank ist. Die Sklerodermie betrifft die linke untere Extremität und speziell den linken Unterschenkel, welcher auch im allgemeinen gegenüber dem rechten, um fast 5 cm, atrophisch ist. Verfasser bringt das Leiden in Abhängigkeit von der Schilddrüse. *Arthur Jordan-Moskau.*

Weitere Fälle von Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen, von Schwerdt-Gotha. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 25.) Schw. teilte vor zwei Jahren mit, dafs er in einem Falle von circumskripter Sklerodermie durch Darreichung frischer Mesenterialdrüse vom Schafe eine weitgehende Besserung erzielt hat. Die betreffende Patientin gebrauchte das Mittel, das vom Apotheker Bormann-Gotha in Form von Tablette à 0,3 frischer Drüse hergestellt und unter dem Namen Cocliacin in den Handel gebracht wird, im ganzen 19 Monate hindurch. Am Schlusse der Behandlung war von dem ursprünglichen Krankheitsherde nur mehr eine geringe Veränderung der Pigmentverteilung übrig, und dieser Erfolg blieb, wie eine 16 Monate später vorgenommene Untersuchung ergab, bestehen. Seitdem hat Schw. drei weitere Fälle von circumskripter Sklerodermie mit Cocliacin behandelt und durchaus sehr gute Wirkung konstatiert; bei allen drei Kranken gingen die örtlichen Veränderungen ganz oder fast ganz zurück, Angstzustände, Beklemmungserscheinungen und Atembeschwerden, die in zwei Fällen bestanden, verloren sich, ebenso die bei einem Patienten vorhandenen Darmstörungen. Die Tabletten (1—2 pro die) wurden stets längere Zeit von einer Kranken mit Sklerodermie der Brusthaut und starken subjektiven Beschwerden zwei Jahre hindurch genommen; üble Nebenwirkungen traten nie auf, nur der Appetit litt in einem Falle. *Götz-München.*

Idioneurosen.

Die Behandlung der Pruritusformen inneren Ursprungs, von Albert Robin. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 10.) Bei Kranken mit Pruritus im strengen Sinne des Wortes, bei denen also das Juckgefühl nicht durch primäre Hautveränderungen hervorgerufen ist, sind stets gastrische Störungen mit abnormen Gärungsvorgängen nachzuweisen; im Blute finden sich eosinophile Zellen in grofser Anzahl (8—9%), der Schweifs enthält beträchtlich mehr Säure (gewöhnlich Milch-, seltener Buttersäure) als in der Norm. Das Wichtigste bei der Behandlung ist die Regulierung der Diät. Erlaubt sind nur Nahrungsmittel, die wenig gärungsfähig und überdies durch die Zubereitung sterilisiert sind; Fische, Saucen, Fette, mit Fett hergestellte Speisen jeder Art, Wurstwaren, Kuchen, rohes Obst, Salat, alkoholische Getränke sind verboten, Brot darf nur geröstet gegessen werden. Auch die Milch mufs für gewöhnlich wegbleiben, nur in manchen Fällen von ekzematösem Pruritus wird für etwa acht Tage strenge Milchdiät verordnet, doch darf nur sterilisierte Milch verbraucht werden. Innerlich gibt man Amara oder ein Strychninpräparat und nach den Mahlzeiten zur Neutralisierung der Säuren ein Pulver, bestehend aus Magnesia hydrica und Natrium bicarbonicum āā 0,3, Creta alba praeparata 0,5, darauf, um eine schnellere Entleerung des Magens herbeizuführen, eine Tasse Kamillen-, Lindenblüten- oder Pfefferminztee. Gegen die Milchsäuregärung — besonders bei Milchdiät — wird mittags und abends während der Mahlzeiten je ein Efslöffel voll einer Lösung von 0,2 Fluorammonium

in 300,0 Wasser genommen; gegen die Buttersäuregärung dient Erythrol, von dem man während der Mahlzeiten 0,02—0,05 vermischt mit Creta alba praeparata 0,1 gibt. Bei einfacher Gasentwicklung im Magen verordnet man Sulfur jodatum 0,1 während der Mahlzeiten zu nehmen, bei saurem Aufstofsen ein Pulver, bestehend aus

Magnesia hydrica		1,5
Natr. bicarbonic.		0,25
Bismut. subnitric.		
Creta alb. praeparat.	aa	0,5
Codein		0,005

Die Darmtätigkeit mufs durch den Gebrauch von Aloepillen angeregt werden.

Die äufserliche Behandlung besteht in Waschungen der Haut mit 1%iger Lösung von Natrium silicicum und nachfolgender Einpuderung mit einem Pulver, bestehend aus

Amyl.	60,0
Zinc. oxydat.	15,0
Camphor. trit.	2,0
Tinct. verbenae gtt. III.	

Bei gewissen Fällen von pruriginösem Ekzem legt R. auf die kranken Stellen Kompressen, die mit einer Lösung von 0,1—0,25 Sublimat und 0,25 Ammon. chlorat. in 250,0 Emulsio amygdalar. getränkt sind, oder er appliziert mittels Sprays 1%ige Natrium silicicum- oder 1/2—1%ige Karbolsäurelösung. Tragen von Unterzeug aus Wolle, Flanell oder Seide ist zu verbieten. *Götz-München.*

Ikterischer Pruritus, von J. Phillip Kanoky - Kansas City. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 21.) Ein 50jähriger Mann litt derartig an Handjucken mit gleichzeitigem Icterus, dafs sein Allgemeinbefinden dabei herunterkam. Nach Ausführung der Cholecystotomie, durch welche eine Anzahl Gallensteine entfernt werden konnten, schwand der Pruritus. *Schourp-Danzig.*

Bedeutung und Behandlung des Juckens, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 4.) Klinischer Vortrag, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Zur Pathogenese des kongenitalen Ikterus der Erwachsenen, von Chauffard. (*Semaine médicale.* 1907. Nr. 4.) Diese Art von Ikterus sind hämolytischer Natur; das Kongenitale an demselben besteht in der Zerbrechlichkeit der Blutkörperchen. Ihre nosologische Stellung gehört nicht in die Leber und der Gallenwegepathologie; es handelt sich vielmehr hier um einen besonderen Zustand der Milz oder, noch direkter, um besondere pathologische Veränderungen des Blutes. *C. Müller-Genf.*

Die Osteome als Exostosen, Haut- und Sehnenknochen, von Wilhelm Koch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Die Hautknochen sind ebenso wie die Exostosen und Sehnenknochen angeboren, Folgen derselben entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge. Die faust- bis kindskopfgrofsen Knochenklötze am Temporo-parietale und am Occipitale zum Nacken sollen in ihrer einen Hälfte vom Schädel abstammen, weil sie mit diesem verwachsen sind. Statt des knöchernen Zusammenhanges fand Verfasser gelenkartige straffe Bindungen zum Schädel hin. Nach Verfassers Untersuchungen wurzeln die Hautknochen in der Cutis und wuchsen von hier aus in die Tiefe. Beim Menschen sind noch zwei andere Varianten bekannt: sehr grofse Klötze in Hautbeuteln des Schädels und der Schulter und ferner zahlreiche miliare Körner in den tiefen Schichten der Cutis und in der Subcutis, oft mit zentraler Höhle. Beide Arten können wie die Zwiebel, also aus ineinandergeschachtelten Platten aufgebaut sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Desinfektion bei den durch tierische Parasiten hervorgerufenen Hautkrankheiten, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (*Österr. Krankenpflege-Ztg.* 1907. Nr. 6.) Die Erfahrung lehrt, dafs die medikamentöse Therapie der durch tierische Parasiten hervorgerufenen Dermatosen (Pediculosis, Scabies) durch die Desinfektion der Wohnung und der Kleider ergänzt werden soll. Diese Desinfektion ist leicht und könnte vom Patienten selbst besorgt werden. In der Armenpraxis geschieht das aber sehr selten und deshalb wendet sich Verfasser an die Berliner Armenverwaltung mit der Bitte die städtische Desinfektionsanstalt zu ermächtigen kostenlos die Wohnungen, Betten, Möbel und Kleidungsstücke der Kranken zu desinfizieren, wenn der behandelnde Armenarzt diese Mafsregel für erforderlich hält; auf Wunsch sollten den Stadtarmen für den Desinfektionstag waschbare Kleidungsstücke geliefert werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Zecken, von L. G. Neumann. (*Arch. de parasit.* Bd. XI. Nr. 2.) Eine eingehende Beschreibung von

1. Rhipi cephalus lunulatus n. sp.;
2. Rhipi cephalus supertritus n. sp.;
3. Margaropus Lounsburgi n. sp. und Margaropus Karsch;
4. Argas Brumpti n. sp.;
5. Exodes sputus (Cambridge). *Schucht-Danzig.*

Mifsbildungen.

Zur Kenntnis der Hypertrichosis circumscripta mediana, von Wilhelm Landau-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 27.) Eine Patientin aus der Fingerschen Klinik hatte eine Hypertrichosis circumscripta an der Brustwirbelsäule und aufserdem Defekte der Brustwirbelsäule. Die mit Haarsträhnen dicht bedeckte Stelle ist 22 cm lang und 6 cm breit. Die umschriebene Behaarung scheint den Ort einer Spina bifida occulta zu bezeichnen und beweist die genetische Abhängigkeit der umschriebenen Rückenbehaarungen von einer Spaltbildung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus masculinus bei Geschwistern, von Emil Haim-Budweis. (*Prag. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Die Eltern der beiden Geschwister, sowie zwei andere Geschwister sind gesund. Die ältere Person zeigte männlichen Typus. Beide Personen hatten hodenähnliche Gebilde bei völligem Fehlen des Uterus und der Ovarien. Die hodenähnlichen Gebilde wurden operativ entfernt, entsprachen der Gröfse nach denen von männlichen Individuen gleichen Alters und enthielten keine Spermatozoen. *Schourp-Danzig.*

Über einige neuere Arzneipräparate in der urologischen Praxis, von T. Tance-Budapest. (*Orvosek Lapja.* 1906. Nr. 47.) Die Ärzte der urologischen Universitätspoliklinik in Budapest haben das Alypin bezw. das Alypin-nitr. mit Argentum nitr. in der Weise verwendet, dafs sie 1 ccm einer 5%igen Alypin-Nitratlösung mit 5 ccm einer 1%igen Argentum nitr.-Lösung mischten. Nachdem sie aber die Beobachtung machten, dafs die Patienten auch bei Anwendung dieser Lösung über mehr oder weniger starkes Brennen in der Harnröhre klagten, haben sie diese Kombination der beiden Präparate aufgegeben und haben dann zuerst die Alypin-Nitratlösung ein-

gespritzt und sechs bis sieben Minuten später die Silbernitratlösung. Bei dieser Anwendung waren sie mit dem anästhesierenden Effekt des Alypins sehr zufrieden. Einen guten Erfolg von Alypin sahen sie auch in den Fällen, wo sie bei empfindlichen Individuen Sondenkuren gebrauchen mufsten. Die anästhesierende Wirkung der Alypinlösung hat in diesen Fällen die durch Einführung der Sonde verursachten Schmerzen vollständig behoben. Auch bei ihren cystoskopischen Untersuchungen haben sie oft Gelegenheit gehabt, die Alypin-Anästhesie zu beobachten, zu welchem Zwecke sie das Alypin in 1 %iger Lösung verwendeten. *A. Straufs-Barmen.*

Die Lumbalanästhesie bei urologischen Operationen, von v. Engelmann-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 28.) Berichtet über 56 unter Lumbalanästhesie ausgeführte urologische Operationen. Sämtliche Eingriffe verliefen ohne wesentliche Nebenerscheinungen. Zwei Beobachtungen von Collaps während der Operationen werden der Shokwirkung des chirurgischen Eingriffes an sich zur Last gelegt. Zu Nachwirkungen kam es bei 12 Patienten; sämtliche waren nur vorübergehender Natur. *Carl Schramm-Dortmund.*

Untersuchungen über innere Antisepsis durch Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von Wilhelm Fries. (Dissertation. Giefsen 1906.) Es seien kurz die hauptsächlichsten Ergebnisse der umfangreichen Arbeit (104 Seiten) angeführt. Hetralin stellt eine Kombination von Resorcin und Hexamethylentetramin (Urotropin) dar, es ist Resorcino-Hexamethylentetramin mit einem Gehalt von etwa 60 % Hexamethylentetramin. Der Resorcinkomponent in Hetralin trägt dazu bei, die Acidität des Harns zu erhöhen und dadurch eine leichtere Formaldehydabspaltung in alkalischem Harn zu ermöglichen. Der Formaldehyd wird in Hetralinlösungen sehr leicht und energisch abgespalten. Bei internem Hetralingebrauch ist Formaldehyd am deutlichsten im Harn nachweisbar; er tritt schon nach zehn Minuten durch Destillation nachweisbar auf und verschwindet bei therapeutischen Gaben von 0,01 bis 0,03 pro kg Körpergewicht erst nach ein- bis dreimal 24 Stunden wieder völlig; bei einer Hetralindosis von 0,45 pro kg war Formaldehyd sogar achtmal 24 Stunden im Harn nachweisbar. Daraus ergibt sich eine kumulative Wirkuug des Hetralins im Harn. Die stärkste Formaldehydausscheidung im Harn erfolgt 2 bis 6 Stunden nach der Darreichung. Bei der leichten Zersetzlichkeit des Hetralin, besonders in sauren Flüssigkeiten, wird es unter dem Einflusse der Magensäure zersetzt, Formaldehyd abgespalten und dieser vom Darm aus resorbiert, Formaldehyd zum grofsen Teil zu Ameisensäure und Kohlensäure oxydiert, teilweise an Eiweifs gebunden. Das nicht oxydierte Formaldehyd wird ausgeschieden und erscheint namentlich im Harn wieder. In sauren Nährmedien ist der desinfektorische Wert des Hetralin vermöge der stärkeren Formaldehydabspaltung gröfser als in alkalischen. Doch ist die antiseptische Hetralinwirkung in alkalischen Medien gröfser als die des Urotropin, auch durch die leichte und energische Formaldehydabspaltung soll das Urotropin vom Hetralin übertroffen werden.

Innerhalb therapeutischer Grenzen wird Hetralin vom Tierkörper ohne besondere Reaktion ertragen; er antwortet in manchen Fällen nur mit einer geringen Erhöhung der Temperatur innerhalb der ersten Stunde; bei gröfseren Dosen tritt daneben auch eine Erhöhung der Puls- und Atemfrequenz ein. Grofse Dosen (0,3 pro kg) führen zu sichtbaren Nebenerscheinungen: Polyurie, Diarrhoe. Noch gröfsere (0,45 pro kg) verursachen Hämaturie, Albuminurie, Oligurie, Depression und Durchfall. Mit 0,5 pro kg Körpergewicht ist beim Hund die letale Dosis erreicht: Phenol- oder Resorcinvergiftung. *Fritz Loeb-München.*

Das Helmitol in der Urologie, von Frezza. (*Nuovo Progr. intern. medico-chirurg.* 1906. Nr. 8.) Nach Frezza wird chronische Cystitis auf blennorrhoischer Basis

günstig beeinflufst. Einige Fälle von Cystitis muco-purulenta wurden nach längerem Helmitolgebrauch glatt geheilt. Einspritzungen von schwachen Argentum nitricum-Lösungen unterstützten die Wirkung des Medikamentes ganz wesentlich. Recht lobend spricht sich in einer Mitteilung aus der Dermatologischen Klinik der Universität Tokio TANAKA aus, der die zuverlässige und lang andauernde Wirkung des Mittels bei gewissen Blasenkrankheiten betont. Die Formaldehyd-Abspaltung liefs sich schon nach 45 Minuten nachweisen und schritt während der folgenden sechs Stunden kontinuierlich fort. *A. Straufs-Barmen.*

Über das neue Harndesinficiens Helmitol, von SPINDLER. (*Ärztl. Centralztg.* 1905. Nr. 17.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge bei Cystitiden. *A. Straufs-Barmen.*

Über Helmitol, von SCHWARZ-Budapest. (*Gyosgyaszat.* 1905. Nr. 50.) SCHWARZ gab bei verschiedenen Blasen- und Prostataleiden Helmitoltabletten à 0,5 g in Dosen von 3—6 g pro die; insbesondere bei katarrhalischer Cystitis trat rasch Besserung ein. *A. Straufs-Barmen.*

Über einige neuere Heilmittel, von BERNIG. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. Nr. 7.) Es werden gute Resultate mit Helmitol bei Cystitis catarrhalis mitgeteilt. *A. Straufs-Barmen.*

Über den Wert der verschiedenen Cystoskope, von OCTAVE PASTEAU. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 9.) Nach Ps. Ansicht sind die Cystoskope ohne optischen Apparat, wie sie neuerdings wieder von LUYS und CATHELIN konstruiert wurden, höchstens für therapeutische Eingriffe, nicht aber für die Untersuchung und die Diagnostik geeignet. „Man untersucht mit den Cystoskopen mit Optik, und man kann in gewissen Fällen mit Hilfe der Instrumente ohne Optik behandeln." *Götz-München.*

Technik der Cystoskopie der Blase, von WEDERHAKE-Düsseldorf. (*Reichs-Mediz.-Anz.* 1907. Nr. 14 und 15.) Nach einem historischen Exkurs über die Erfindung und Einführung des Cystoskops bespricht der Verfasser die Anwendung des Instrumentes, ohne neues anzugeben. *Schourp-Danzig.*

Cystoskopie bei Tuberkulose der Harnwege, von WILLY MEYER-New York. (*New York med. Journ.* 27. April 1907.) Im Gegensatz zu manchen anderen Autoren, welche Cystoskopie sowohl wie Katheterisierung der Harnleiter für kontraindiziert bei Tuberkulose der Harnwege erklären, hat M. in 20jähriger Praxis diese Methoden als sehr wichtige und notwendige diagnostische Mittel schätzen gelernt. Ist der Befund an Tuberkelbazillen im Urin (auch nach 24stündiger Sedimentierung) ein negativer, so ist die Cystoskopie angezeigt, wenn es sich um ein jüngeres Individuum handelt, das niemals Blennorrhoe akquiriert hat und dem niemals ein Instrument in die Blase eingeführt wurde, und das über häufigen, mit Schmerzen verbundenen Harndrang (mit oder ohne Hämaturia), einseitige Schmerzen in der Lumbalgegend usf. klagt. Ulcerationen an der Harnleitermündung oder deren unmittelbaren Umgebung werden meist in Fällen descendierender Tuberkulose gefunden. In weiter vorgeschrittenen Fällen ist die Cystoskopie nicht so einfach; die Blase kann nicht die zur Untersuchung notwendige Menge Flüssigkeit aufnehmen, auch ist manchmal der ulcerative Blasenkatarrh so ausgesprochen, dafs vorherige Präparierung der Blase notwendig ist. M. wendet zur Anästhesie der Blase 2%ige Alypinlösung an, dann werden 99—150 ccm sterilisierter Borlösung in die Blase injiziert usw. In sehr frühzeitigen Fällen mit den oben aufgezählten Symptomen wird nur Cystoskopie in Verbindung mit Katheterisierung der Ureteren eine sichere Diagnose liefern. Den Eingang in einen Harnleiter mit ulcerierter Öffnung zu forcieren, hält M. für unrichtig, da schon diese Geschwürsbildung an sich die betreffende Niere als den ursprünglichen Sitz der Krankheit an-

nehmen läfst. Bezüglich der **Behandlung** sollte so früh wie möglich die Nephrektomie vorgenommen werden, sobald nur die Diagnose einseitiger descendierender Tuberkulose feststeht; denn nirgends im ganzen Organismus sind die Aussichten auf erfolgreiche Ausrottung des primären tuberkulösen Herdes so gute wie bei jener der Harnwege. Ureterektomie braucht in gewöhnlichen Fällen nicht beigefügt zu werden; Instillation einiger Tropfen reiner Karbolsäure in den Ureter, bevor dessen Ende mit Katgut nach Kauterisation mit dem Paquelin verschlossen wird, ist eine sehr empfehlenswerte Prozedur. Nach Erholung von der Operation werden Patienten, die sich entsprechend wohl befinden, mit Vorteil in ein heifses Klima geschickt.

Stern-München.

Verschiedenes.

Demonstration je eines Falles von Rankenneurom, kavernösem Angiom der unteren Extremität und Elephantiasis der Hand, von H. Legal-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 1907. Nr. 30.) Bei einem jetzt 14jährigen Mädchen bildete sich vor neun Jahren eine Geschwulst auf dem rechten Fufsrücken, in der man pfeffer- bis kirschkerngrofse Knötchen fühlen kann. Die Haut ist braunrot gefleckt. Auf dem Unterschenkel, einen Finger breit über der Geschwulst des Fufsrückens und durch Stränge mit ihr zusammenhängend, befindet sich eine längsovale Geschwulst von der Gröfse 12 : 8 cm. Im Bereiche des Tumors sind die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen erweitert und secernieren bei psychischer Erregung der Patientin perlende Schweifstropfen.

Bei einem achtjährigen Mädchen zeigt die Haut am rechten Oberschenkel eine Reihe verschieden grofser, unregelmäfsiger Flecke von blafsblaurot bis violetter Farbe; auf Druck blassen sie ab. Am ganzen Bein schimmern durch die Haut deutlich blaue, geschlängelte Venen durch. Die Palpation ergibt eine tiefe Rinne in Schlangenlinie, die sich in Verzweigungen vom Oberschenkel bis auf den Unterschenkel fortsetzt.

Bei einem vierteljährigen Kinde haben die Knochen ihre normale Gröfse. Die Weichteile der rechten Hand zeigen Riesenwuchs. Auf dem Handrücken und am Unterarm bestehen einige kleine kavernöse Angiome. *Schourp-Danzig.*

Die Stellung der Dermatologie in der Medizin, von v. Niessen-Wiesbaden. (*Reichs-Med.-Anz.* 1907. Nr. 12.) Der Verfasser glaubt, sich gegen die Ausführungen Lessers wenden zu müssen, in welchen die Syphilidologie vorwiegend für die Dermatologie in Anpruch genommen wird — vgl. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1906, Nr. 26. — Auch an dieser Stelle kann v. Niessen es sich nicht versagen, daran zu erinnern, dafs er vor mehr als zehn Jahren bereits den Syphiliserreger gefunden, als Mycel definiert, präzisiert und kultiviert haben will. Und so ist dieser ganze Aufsatz eine Polemik gegen die Führer der Dermatologie, welche v. Niessens Forschungen keine Bedeutung anerkennen. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. № 8. 15. Oktober 1907.

Aus Dr. UNNAS Dermatologicum in Hamburg.

Über das „Lanolin" der menschlichen Haut.

Von

P. G. UNNA.

I.
Geschichtliches.

Wir verdanken LIEBREICH die Entdeckung des Lanolins in der menschlichen Haut. In seinem bekannten Vortrage: Über das Lanolin, eine neue Salbengrundlage, gehalten am 28. Oktober 1885 vor der Berliner medizinischen Gesellschaft und weiterhin in den Artikeln: Lanolin in EULENBURGS Realencyklopädie und LADENBURGS Handwörterbuch der Chemie konstatierte LIEBREICH im Fett der Schafwolle das Vorhandensein von „einer Reihe für den tierischen Organismus neuer Fette", indem er sich dabei auf Arbeiten von HARTMANN (1868) und E. SCHULZE (1870) stützte, welche nachgewiesen hatten, daſs im Fett der Schafwolle sich fette Säuren an Cholesterin (und Isocholesterin) gebunden vorfinden. Diese Angaben genügten LIEBREICH, um das aus dem Wollfett von BENNO JAFFÉ und DARMSTÄDTER fabrikmäſsig hergestellte „Lanolin" als ein „Cholesterinfett" zu bezeichnen. Er sagt: „Mit dem Namen Lanolin wird eine Substanz von fettartigem Habitus bezeichnet, welche ihrer elementaren Zusammensetzung nach zur Reihe der sogenannten[1] Cholesterinfette gehört." Durch diese Identifizierung von Lanolin und Cholesterinfett wurde — wenigstens in der Meinung der medizinischen Welt — dem Lanolin ein Geleitbrief von schwerwiegendster Bedeutung mitgegeben, da LIEBREICH in seinem obigen Vortrage gleichzeitig den Beweis geliefert zu haben schien, daſs auch in der menschlichen Haut, ja in den meisten Horngeweben sich ebenfalls Cholesterinfette vorfinden und daſs speziell das

[1] HARTMANN und SCHULZE sprachen nur von Äthern des Cholesterins und Isocholesterins. Die „sogenannten Cholesterinfette" wurden erst von LIEBREICH so genannt.

Eleïdin RANVIERS ein Gemenge von Eiweifs mit Cholesterinfett sei, oder — wie es an anderer Stelle heifst — dafs das Eleïdin eine chemische Vorstufe des Lanolins sei. Ja, LIEBREICHS Schlüsse über die spezifische Beziehung des Lanolins zur menschlichen Haut gehen noch weiter. Er sagt: „Bei den Cholesterinfetten der Wolle war mir die Tatsache aufserordentlich überraschend, mit welcher grofsen Leichtigkeit sich das Cholesterinfett in die Haut einreiben läfst; da dasselbe von keratinhaltigem Gewebe stammt, glaube ich, diese Resorption in nahe Beziehung mit der schnellen Aufnahme durch die Haut[2] in Verbindung bringen zu können." Wie wir noch sehen werden, spricht LIEBREICH in späteren Arbeiten mit noch viel gröfserer Sicherheit von dem „Lanolingehalt der menschlichen Haut".

Dieser von nun an in der gesamten Literatur, in allen Lehrbüchern wieder erscheinende Irrtum, als sei Lanolin lediglich Cholesterinfett und als sei in der menschlichen Haut — da Cholesterinfett, so auch — Lanolin enthalten, mufste um so eher Platz greifen, als LIEBREICH es nicht für nötig fand, irgendwelche genauere Angaben über die neben Cholesterinestern sonst noch im Lanolin und im ursprünglichen Wollfett vorkommenden Stoffe mitzuteilen, während doch schon SCHULZE, auf dessen Arbeiten LIEBREICH sich bezieht, im Wollfett neben Cholesterin- und Isocholesterinestern freie Alkohole, darunter sicher freies Cholesterin nachgewiesen hatte[3]. Tatsächlich sind wir auch heute noch über die genaue Zusammensetzung des Wollfettes nicht völlig im Klaren; sehr ausgedehnte Untersuchungen anderer Forscher haben uns jedoch gelehrt, dafs die Zusammensetzung des Wollfettes eine ungemein komplizierte ist und dafs aufser Cholesterinestern darin noch viele andere, chemisch zum gröfsten Teil bereits gut charakterisierte Körper vorkommen.

Bei dem Verzicht auf den sonst bei Chemikern üblichen Gang der Untersuchung von Naturprodukten, nämlich den Versuch, die einzelnen chemischen Bestandteile aus dem natürlichen Gemisch rein abzuscheiden und jeden für sich genau zu untersuchen, um seine Bedeutung in dem betreffenden Naturprodukt zu erkennen, bei dem Verzicht, sage ich, in diesem Falle die Cholesterinfette und alle sonstigen Körper aus dem Wollfette abzuscheiden und einzeln auf ihre chemischen Eigenschaften zu prüfen, mufste es natürlich von grofsem Werte sein, wenigstens irgendeine qualitative Reaktion für die hypothetisch angenommenen Cholesterinfette aufzufinden (etwa nach Analogie der blauen Farbe, welche Jod mit Stärke gibt). Ein solches allgemeines Erkennungszeichen für Cholesterin-

---

[2] Statt: „mit der schnellen Aufnahme durch die Haut" wollte LIEBREICH wohl sagen: „mit der nahen Verwandtschaft zur Haut".

[3] Vgl. DONATH und MARGOSCHES, Das Wollfett. Sonderausgabe. Stuttgart, F. Encke, 1901. S. 54.

fette, bis dahin für die Chemie ohne besonders grofsen Wert, wurde mit einem Male zu einer Notwendigkeit für LIEBREICH, als er mit der Behauptung vor die Öffentlichkeit treten wollte, dafs die im Wollfett vorhandenen Cholesterinfette in sämtlichen tierischen Oberhautgebilden, also auch in der menschlichen Oberhaut und ihren Anhangsgebilden, vorkämen. In der Tat glaubte LIEBREICH ein solches Erkennungszeichen für Cholesterinfette gefunden zu haben und zwar in der Cholestol-Reaktion LIEBERMANNS und wies — wie er glaubte — mit diesem Reagens „Cholesterinfette" in fast allen tierischen Hornprodukten nach. Hierbei war von vornherein nur eine Sache allen Physiologen sehr auffällig. Es existierte nämlich damals schon eine ähnliche Behauptung der Ubiquität eines Körpers in allen Oberhautgebilden, ja, in allen tierischen und pflanzlichen Zellen, nämlich vom Cholesterin[4], und auf diesen Körper, seine Analoga (im Pflanzenreiche) und Abkömmlinge war die LIEBERMANNsche Reaktion von ihrem Entdecker eigentlich zugeschnitten, nicht auf Cholesterinester[5]. Ein jeder sagte sich mithin: Wie kann denn LIEBREICH wissen, dafs die Cholestolreaktion in allen Horngebilden sich nicht auf deren Cholesteringehalt bezieht? Den Cholesteringehalt aller Horngebilde noch einmal neu und elegant mit der LIEBERMANNschen Reaktion nachgewiesen zu haben, das hätte noch nicht den mindesten Beweis für einen Gehalt derselben Horngebilde an Cholesterinfetten geliefert. Auch LIEBREICH scheint sich diesen Einwurf damals schon gemacht zu haben, denn er sagt einmal gelegentlich: „Cholesterinfette, in denen keine Spur freien Cholesterins enthalten sein konnte, zeigten die Cholestol-Reaktion in voller Schärfe."[6] Aber die logische Konsequenz zu

[4] HOPPE-SEYLER schreibt (1875): „In geringer Menge findet sich das Cholesterin gelöst im Blute und fast allen anderen Flüssigkeiten des menschlichen Körpers und zeigt ebenso bei Tieren sehr weite Verbreitung. In geringer Quantität scheint es in allen höheren und niederen Pflanzen vorzukommen und ein notwendiger Bestandteil aller entwicklungsfähigen Zellen zu sein." In seiner allgemeinen Biologie (1877) bespricht HOPPE-SEYLER auch die Ubiquität des Cholesterins, verhält sich aber übrigens der Angabe von SCHULZE gegenüber, dafs das Cholesterin im Wollfett in Form von Cholesterinäthern vorkomme, in beiden Werken aus bestimmten Gründen skeptisch; die Sache müsse noch genauer untersucht werden. — Mittels der von ihm etwas modifizierten LIEBERMANNschen Cholestol-Reaktion wurden dann später diese älteren Angaben von HOPPE-SEYLER durch BURCHARDT (Dissertation, Rostock 1889) vollauf bestätigt, indem er in jedem tierischen Organ Cholesterin in Spuren nachweisen konnte.

[5] Ester sind bekanntlich Verbindungen von Alkoholen mit Säuren unter Wasseraustritt; Cholesterinester bedeutet also eine Verbindung des Alkohols Cholesterin mit irgendeiner Säure; „Cholesterinfette" kann man die den Glycerinfetten analogen Verbindungen von Cholesterin mit Fettsäuren nennen.

[6] Hierbei gibt LIEBREICH nicht an, um welches Material es sich handelt und wie er sich von der Abwesenheit des Cholesterins überzeugt hatte.

ziehen, nämlich aus allen Stoffen, in denen er Cholesterinfette nachweisen wollte, vorher das Cholesterin zu entfernen, hat LIEBREICH nicht gezogen, sondern geht einfach über diese absolut notwendige Vorbehandlung seines Untersuchungsmaterials stillschweigend hinweg. Daher bedürfen seine sämtlichen, ebenfalls anstandslos in alle Lehrbücher übergegangenen Angaben über Cholesterinfette in tierischen Produkten, da sie alle nur mittels der Cholestolreaktion ohne alle notwendigen Kautelen angestellt sind, einer sorgfältigen, mit dem Cholesteringehalt derselben Gewebe rechnenden Nachprüfung. Wenn diese allerdings etwas mühevolle Untersuchung dereinst geschieht, wäre es verdienstvoll, auch die pflanzlichen Gewebe auf Cholesterinester zu untersuchen. Denn, da auch die Pflanzenzellen Cholesterin enthalten, wäre ja, nach LIEBREICH, der Schlufs ebenso berechtigt, dafs auch alle Pflanzen Cholesterinfette[7], d. i. Wollfett, d. i. Lanolin enthalten.

Aber sollte hiermit LIEBREICH doch vielleicht Unrecht geschehen? Scheint es doch nach einem Satz, der sich in seinem Artikel der Realencyklopädie befindet, als ob er aus den verschiedensten Hornsubstanzen der verschiedenen Tierklassen die Cholesterinfette faktisch isoliert und geprüft habe.

Er sagt daselbst: „Wenn auch hinsichtlich des Schmelzpunktes bei den verschiedenen Cholesterinfetten der verschiedenen Tierklassen sich Differenzen zeigen, so ist doch die Qualität aller dieser Fette als eine gleichartige zu betrachten. Daraus ergibt sich die Zweckmäfsigkeit der Verwertung dieser Salbengrundlage für alle Horngewebe.“[8]

Welche Unsumme mühevoller, über alle Tierklassen sich erstreckender Arbeit zeigt dieser einfache Satz an. Aber was sind denn das für Differenzen des Schmelzpunktes, die für die Qualität der isolierten Fette belanglos sind? Sollte LIEBREICH damit sagen wollen, dafs alle diese Fette Cholesterinfette und daher gleichartig, aber verschieden in bezug auf die mit dem Cholesterin verbundenen Säuren waren? Nun wohl, wo hat LIEBREICH dann aber die Beschaffenheit dieser verschiedenen Cholesterinsäuren beschrieben? Sollte es sich am Ende bei allen diesen scheinbar genau analysierten Fetten doch wieder nur um ebenso viele blofse Chloroformextrakte gehandelt haben?

Die Folgen der LIEBREICHschen Behauptungen für die Dermatologie blieben nicht aus. G. LEWIN[9] war der erste, der behauptete, dafs es ihm geglückt sei, mittels LIEBERMANNS Cholestolreaktion in der Körnerschicht

---

[7] In der Tat sagt LIEBREICH (*Therapeut. Monatshefte* 1890, S. 342), dafs die Pflanzen aufser Wachsarten auch Cholesterinäther enthalten.

[8] EULENBURGS Realencyklopädie. 1897. 3. Aufl. Bd. 13. S. 202.

[9] LEWIN, Mikrochemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. Nr. 2.

der menschlichen Oberhaut Cholesterinfett nachzuweisen. Nach LEWIN haben mithin die Körner der Körnerschicht eine Bedeutung für „die Einölung der Hornsubstanz". Später allerdings[10] war LEWIN vorsichtiger geworden und spricht nur von seinem Nachweise des Cholesterins in der Körnerschicht.

Der zweite Forscher war STICKER[11], welcher zu der Anschauung kam, Eleïdin sei ein Gemenge von Eiweifs und Cholesterinfett; es sei das eigentlich geschmeidig machende Fett der Haut und Haare. Das Talgdrüsenfett sei nur „additionell" und spiele nur die Rolle eines „Neutralisators" des unter Umständen „überreichlich gebildeten Eleïdins".

Auch GOTTSTEIN[12] hält es in seiner interessanten und wichtigen Arbeit über das Verhalten der Mikroorganismen gegen Lanolin für ausgemacht, dafs „bekanntlich LIEBREICH nachgewiesen habe, dafs die dem Lanolin chemisch gleichen Cholesterinfette ein normaler Bestandteil der menschlichen und tierischen Epidermis sind". Man sieht also, dafs damals selbst so tüchtige Forscher wie GOTTSTEIN den so wenig gut begründeten Behauptungen LIEBREICHS unbedingten Glauben schenkten.

Der erste, welcher diese Behauptungen LIEBREICHS, soweit sie die menschliche Haut betrafen, und die darauf basierten Versuche von LEWIN und STICKER nachprüfte und kritisierte, war BUZZI.[13] Zunächst überzeugte sich BUZZI durch die LIEBERMANNschen (und auch ebenso durch die nur mit Schwefelsäure angestellte MOLESCHOTTsche) Reaktion von der tatsächlich enormen Verbreitung des Cholesterins im Tierkörper (nur die Sehnen und die Subcutis gaben ihm negative Resultate) und erklärte, dafs er jeden positiven Ausfall der LIEBERMANNschen Reaktion selbstverständlich nur auf Cholesterin beziehe. Nachdem er sodann die völlige Unzulänglichkeit der LEWINschen und STICKERschen Angaben beleuchtet, zeigte er durch sorgfältige und mit allen Kautelen angestellte Versuche, dafs die LIEBERMANNsche Reaktion in Schnitten der menschlichen Haut an Gefäfsen, Nerven, Knäueldrüsen und der gesamten Oberhaut einschliefslich der Hornschicht, kurz an allen zelligen Elementen der Haut gelingt, aber weder das feste Keratohyalin (WALDEYERS) in der Körnerschicht noch das flüssige Eleïdin (RANVIERS) in der basalen Hornschicht in spezifischer Weise darstellt, wie LEWIN und STICKER geglaubt hatten. Die Körner der Körnerschicht liefsen sich auch noch nach Er-

---

[10] Sitzung der Dermatologischen Vereinigung zu Berlin vom 6. März 1888. *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. S. 406.

[11] Dissertation. Über die Entwicklung und den Bau des Wollhaares beim Schafe. Berlin 1887.

[12] *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. S. 907.

[13] Keratohyalin und Eleïdin. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1889. Bd. VIII. S. 1.

zielung der LIEBERMANNschen Reaktion mit Hämateïn und Pikrokarmin färben. Von dem festen Keratohyalin, welches STICKER nach RANVIER damals noch als „Eleïdin" bezeichnete, zeigte BUZZI, der zuerst Keratohyalin und Eleïdin scharf trennen lehrte, daſs es sicher kein Cholesterinfett sei und keines enthielte, da es sich weder mit Osmiumsäure schwarz noch mit Alkanna rot färbte wie Lanolin. Damit war die Hypothese LIEBREICHS und STICKERS: Eleïdin sei ein Gemisch von Eiweiſs und Cholesterinfett für die eine Substanz, die jene Autoren unter dem Namen Eleïdin begriffen hatten, für das Keratohyalin, als unrichtig erwiesen. Für die andere Substanz, das echte RANVIERSche Eleïdin, bewies BUZZI ebenfalls, daſs es kein Cholesterinfett sein könne, indem er an sehr vielen Hautschnitten, die an Eleïdin reich waren, die LIEBERMANNsche Reaktion anstellte, aber niemals im Niveau der Eleïdinschicht die von LIEBREICH als charakteristisch für Cholesterinfett bezeichnete Grünfärbung erzielen konnte. Er kommt daher zu dem Schlusse, daſs das (echte, flüssige) Eleïdin weder Cholesterinfett noch Cholesterin enthält. Im groſsen und ganzen wurde durch die ausgezeichnete Untersuchung BUZZIS nur bestätigt, was wir durch HOPPE-SEYLER[14] schon wuſsten, daſs alle zelligen Elemente Cholesterin enthalten. Die scharfe neue Cholestolprobe zeichnete alle zelligen Elemente der Haut scharf vor den interzellularen (Kollagen, Elastin) aus, gab aber nicht den geringsten Hinweis, wie LIEBREICH glaubte, daſs in einer besonderen Weise ein Cholesterinfett in den Übergangsschichten der Oberhaut dadurch gekennzeichnet wurde.

SANTI[15] war der zweite Forscher, welcher LIEBREICHS Angaben über den Gehalt der menschlichen Haut an Lanolin entgegentrat. Er betonte zunächst, daſs LIEBERMANN seine Cholestolreaktion nur für Cholesterin und die ihm analogen Alkohole (Iso- und Paracholesterin, Phytosterin, Quebrachol, Cinchol und Cupreol), aber nicht für Cholesterinfette empfohlen hat. Indem er nun näher auf die Farbenerscheinungen der Cholestolreaktion bei Cholesterin einerseits, Lanolin andrerseits einging, fand er im Gegensatz zu LIEBREICH und VULPIUS eine verschiedene Farbenabwandlung für beide Substanzen. Ihm ergab sich für Cholesterin als Anfangsfarbe Rot, als Schluſsfarbe Violett, für Lanolin als Anfangsfarbe Orange bis Rot, als Schluſsfarbe Grün. Auf Grund dieser Verschiedenheit glaubte er sich zu dem Schlusse berechtigt, daſs man durch die Cholestolreaktion, in geeigneter Weise ausgeführt, Cholesterin vom Lanolin wohl

---

[14] HOPPE-SEYLER benutzte die Linksdrehung der Polarisationsebene durch Cholesterin, allerdings nur bei solchen Stoffen (Mandelöl, Rüböl), die von anderen circumpolarisierenden Substanzen frei waren.

[15] Enthält das menschliche Hautfett Lanolin? *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1889. S. 153.

unterscheiden könne. Indem nun SANTI diese Reaktionen mit den Ätherextrakten der Epidermis, Cutis und Subcutis getrennt ausführte, erhielt er als Resultat, daſs „weder in der Oberhaut noch in der Cutis und im Unterhautfettgewebe der menschlichen Haut Spuren von Lanolin vorkommen und daſs alles das, was bei LIEBREICH und anderen auf Lanolin zu deuten schien, ausschlieſslich auf Cholesterin zu beziehen ist".

Auffallend war hierbei, daſs nach SANTI beim Lanolin die Cholestolreaktion kein Blau aufweist und beim Cholesterin die Schluſsfarbe stets violett und nie grün ausfiel. Die erstere Tatsache findet vielleicht ihre Erklärung durch die spätere Angabe von LEWKOWITSCH[16], daſs beim Vorhandensein von Isocholesterin das dem Cholesterin eigentümliche Blau als Übergangsfarbe unterdrückt wird. Die letztere harrt noch der Erklärung.

Für LIEBREICH[17] ist das Ergebnis der SANTIschen Befunde „nur durch Zufälligkeiten möglich gewesen, denn unzählige Reaktionen, welche immer nach derselben Methode ausgeführt wurden, zeigen, daſs es sich nur um die Bildung von zwei Grundfarben handelt, nämlich um Rot und Blau, zuerst tritt Rot oder Rosa auf, dann Blau, aus dieser Mischung entsteht Violett, das Rot verschwindet, das Blau wird deutlicher, und aus diesem oder auch aus dem Violett mit Gelb entsteht Grün. Die stärkere Gelbfärbung ist bei dem Lanolin als einem Cholesterinäther . . . erklärlicher, da die Schwefelsäure hier noch auf andere organische Gruppen wirken kann, als es bei dem Cholesterin allein der Fall ist."

Diese kritischen Arbeiten von BUZZI und SANTI haben wenigstens den Einfluſs auf die Ausdrucksweise LIEBREICHS in seinen drei folgenden Lanolinarbeiten[18] gehabt, daſs er tatsächlich zugibt, daſs man bei Gegenwart von Cholesterin mittels der Cholestolreaktion nicht die Anwesenheit von Cholesterinfetten beweisen kann. Denn es finden sich jetzt folgende Sätze:

„Die Annahme, daſs die für das Cholesterin charakteristische Cholestolreaktion auch für die Cholesterinäther Gültigkeit habe, konnte durch den Versuch mit Cholesterinäthern nachgewiesen werden, die keine Spur von freiem Cholesterin enthielten.[19] Es wäre dies auch kaum anders denkbar gewesen, da durch die

---

[16] s. DONATH und MARGOSCHES: Das Wollfett usw. S. 58.

[17] *Therapeut. Monatshefte.* 1890. S. 343.

[18] Über das Lanolin und den Nachweis der Cholesterinfette beim Menschen. Verhandlungen der Physiolog. Gesellsch. zu Berlin. Nr. 7. Jan. 1890. — Über das Vorkommen des Lanolins in der menschlichen Haut. *Therapeut. Monatshefte.* Juli 1890. — Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus. *Virchows Archiv.* Bd. 121. Sept. 1890.

[19] Diese völlige Cholesterinfreiheit von LIEBREICHS Cholesterinäthern war zu jener Zeit der einzige Beweis dafür, daſs auch Cholesterinäther die Cholestol-

Einwirkung der konzentrierten Schwefelsäure auf Cholesterinäther das Cholesterin und seine Zersetzungsprodukte abgeschieden werden."

„In allen denjenigen Fällen andererseits, in welchen das Auftreten des Lanolins im Keratingewebe mit Hilfe der Cholestolreaktion auch mikroskopisch beobachtet ist, bleibt der Einwand offen, dafs der Eintritt der Reaktion durch frei vorhandenes Cholesterin bedingt werde."

„Wie bereits früher angeführt, habe ich mich nicht mit der LIEBERMANNschen Reaktion allein begnügt, weil dieselbe keinen Unterschied zwischen Cholesterin und Cholesterinfetten anzeigt."[20]

Diese Einsicht ging so weit, dafs sich LIEBREICH endlich nach einem Mittel umsah, Cholesterin und Cholesterinäther voneinander zu trennen. Er glaubte, ein solches Mittel im Äthylacetessigäther und im Äthylacetessigäthyläther gefunden zu haben. Indem er hiermit seine Chloroformextrakte behandelte, gelangte er zu Produkten, von denen er annahm, dafs sie kein freies Cholesterin mehr enthalten könnten, und doch gaben diese eine Cholestolreaktion. Auf eine Kritik dieser Trennungsmethode brauche ich deswegen nicht einzugehen, weil LIEBREICH sie selbst zugunsten der SPIEGELschen Propylalkoholmethode bald darauf wieder verlassen hat; hier möchte ich nur darauf hinweisen, dafs LIEBREICH diese Methode zur Trennung von Cholesterin und Cholesterinestern zweimal benutzt hat, und zwar bei der Vernix caseosa und bei der Verarbeitung von 2000 menschlichen Nägeln.

Das gröfsere Interesse von diesen beiden Untersuchungen hat für uns zweifellos die Konstatierung von Cholesterinestern in den menschlichen Nägeln,[21] da hier ein einheitlicher, von Drüsensekret vollkommen freier, menschlicher Hornstoff vorliegt. Es ist nun sehr bemerkenswert, dafs in dieser exorbitanten Masse von 2000 menschlichen Nägeln nach Beseitigung des Cholesterins die zurückgebliebenen Cholesterinester nur dadurch nachgewiesen werden konnten, dafs „der Rückstand eine schwache, aber unverkennbare Cholestolreaktion gab". Dieses Resultat erinnert wahrhaftig ein wenig zu sehr an das „parturiunt montes . . . ." Wie? Die „Cholesterinfette" sollen „einem allgemeinen Gesetz"[22] zufolge, wie es

---

reaktion geben. Diese Behauptung ist durchaus nicht einwandfrei, da LIEBREICH die zur Reinigung der Cholesterinäther dienende Methode (s. weiter unten) selbst später verliefs.

[20] Die ersten beiden Zitate sind der Arbeit in *Virchows Archiv*, die letzte derjenigen in den *Therapeut. Monatsheften* entnommen. Das für die Frage Wesentliche habe ich im Druck hervorgehoben.

[21] LIEBREICH: Über die biologische Bedeutung der Vernix caseosa. Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 4. Kongrefs 1894.

[22] „Die Verbreitung der Cholesterinäther wurde in der keratinösen Substanz der verschiedenartigsten Tierklassen nachgewiesen und keine Analyse" — NB. unter „Analyse" versteht hier LIEBREICH seltsamerweise das Anstellen der Cholestolreaktion — „gab ein negatives Resultat, so dafs schon das allgemeine Gesetz ermittelt

im selben Vortrag heifst, allen Hornprodukten eigen sein und dann der Auszug von 2000 Nägeln noch eben „unverkennbar“ die ungemein empfindliche, schon bei den geringsten Spuren von Cholesterin intensiv auftretende Cholestolreaktion geben? LIEBREICH wird es keinem denkenden Leser verdenken können, wenn er diese „unverkennbare“ Cholestolreaktion auf zurückgebliebene Spuren des durch den Äthylacetessigäthyläther nicht absolut entfernten Cholesterins der Nägel bezieht und die Beweiskraft dieser für den Gehalt an Cholesterinestern merkwürdig resultatlosen Massenprüfung sehr fragwürdig findet. Denn entweder waren wirklich Cholesterinester vorhanden, und diese gaben die Cholestolreaktion, wie LIEBREICH will, dann war die Methode, sie zu isolieren, eine möglichst verfehlte, da nur Spuren von ihnen nachblieben; oder die Methode war eine gute, um Cholesterin und Cholesterinfette zu trennen, dann waren nur so minimale Spuren von letzteren von vornherein vorhanden, dafs wir ihnen keine „gesetzmäfsige“ Funktion für die Nägel zuschreiben können, etwa wie die Abscheidung von Wachs auf der Oberfläche von Blättern, die LIEBREICH herbeizieht.

Bei einem so kärglichen Resultat einer mit so grofsen Mitteln unternommenen Enquete, wie es diese Untersuchung über Cholesterinester in menschlichen Nägeln ergeben hat, wird wohl nie wieder jemand sich veranlafst fühlen, denselben Weg noch einmal zu gehen. Anders steht es aber um den LIEBREICHschen Nachweis der Cholesterinäther in der Vernix caseosa. Nehmen wir also einmal vorläufig diesen Nachweis als den einzigen von LIEBREICH wirklich erbrachten an, so wäre es doch auch in LIEBREICHS Sinne fürderhin nur erlaubt, dort von Cholesterinäthern oder „Cholesterinfetten“ oder „Lanolin“ in tierischen Organen zu reden, wo eine solche vorhergehende Trennung von Cholesterinestern und Cholesterin wie bei der Vernix caseosa wirklich stattgefunden hat. Nichtsdestoweniger hält sich aber LIEBREICH in demselben Vortrag nach wie vor berechtigt, auch überall da von Cholesterinfetten weiter zu reden, wo er nur bei den Chloroformextrakten die Cholestolreaktion auftreten sah; nämlich bei allen Horngebilden der verschiedensten Tierklassen: Haaren, Federn, Hörnern, Klauen, Hufen, Fischbein, Schildpatt usw. Niemand wird eine solche Verallgemeinerung von einem fettähnlichen Produkte einiger Hautstellen des Neugeborenen auf sämtliche Horngebilde gutheifsen, solange die

---

wurde, dafs jede tierische Oberfläche, sofern sie mit Horngewebe bekleidet ist, diese eigentümlichen Cholesterinäther enthalte.“

Ich mache übrigens auf einen seltsamen Doppelfehler aufmerksam, der wohl als ein Druckfehler aufzufassen ist. Auf Seite 40 gibt LIEBREICH die Cholestolreaktion nach LIEBERMANN-BURCHARDT so an, dafs statt Essigsäureanhydrid Eisessig genannt wird und die absolut notwendige Schwefelsäure ganz fortbleibt.

Trennungsmethode der Extrakte nicht auch auf diese mit positivem Resultate ausgedehnt wird.

Übrigens möchte LIEBREICH die Ausdehnung dieser Trennungsmethode auf mikroskopisch-chemische Untersuchungen so wenig gutheifsen wie — nach BUZZIS und SANTIS kritischen Arbeiten — dieselbe Ausdehnung der Cholestolreaktion.

Er sagt: „Man wird nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft festhalten müssen, dafs aus mikroskopisch-chemischen Reaktionen kein gültiger Schlufs für das Auftreten des Lanolins im Keratingewebe gezogen werden kann, denn weder die LIEBERMANNsche Reaktion noch die Trennungsmethode durch Äthylacetessigäthyläther lassen sich mit Sicherheit bei mikroskopischen Präparaten anwenden. Die Anwendung genannter Reaktionen in makroskopischer Weise jedoch berechtigen zu dem Schlusse, dafs das Lanolin in der menschlichen Haut vorkommt, denn die Vernix caseosa ist das Sekret der Hautdrüsen mit abgestofsener Epidermis gemischt."

Wie man sieht, so kommt der Beweis, dafs die menschliche Haut Lanolin enthält, für LIEBREICH schliefslich darauf hinaus, dafs in der Vernix caseosa Cholesterinfett von ihm mit Sicherheit nachgewiesen sei oder, wie er es in seinem 1894 auf dem 4. Kongrefs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage ausdrückt, „dafs die Vernix caseosa ein mit wenig Glycerinfetten gemischtes natürliches Lanolin darstellt". Diesen Punkt hat mithin jede Arbeit zu berücksichtigen, welche die Frage des Vorkommens von Cholesterinfetten in der Haut behandelt. In dem eben genannten Vortrage, in welchem LIEBREICH zuerst — entschieden übertreibend — dem Äthylacetessigäthyläther eine „sehr grofse Löslichkeit für Cholesterin und eine sehr geringe für Cholesterinäther" zuschreibt, verläfst er diese Trennungsmethode jedoch selbst schon wieder zugunsten einer von SPIEGEL vorgeschlagenen „vollkommeneren". Diese beruht auf der Anwendung von Propylalkohol, der „die Cholesterinäther in der Weise trennt, dafs beim Erkalten einer gesättigten Lösung der schwerer lösliche, höher schmelzbare Teil sich abscheide, die leichter schmelzbaren Cholesterinäther und das Cholesterin dagegen in der Flüssigkeit zurückbleiben". Wir werden sogleich diesen von SPIEGEL durch Propylalkohol aus dem Wollfett hergestellten, von DARMSTÄDTER durch Fuselöl (Amylalkohol) abgeschiedenen und als Wollwachs bezeichneten Teil des Wollfettes noch genauer kennen lernen und sehen, dafs er aufser Cholesterin und Cholesterinestern noch manche andere gut charakterisierte Stoffe enthält. Dieses Wollwachs will LIEBREICH auch in menschlichen Nägeln, und zwar cholesterinfrei, gefunden haben.

Es ist aber noch eine andere Eigenschaft des Wollfettes von LIEBREICH hervorgehoben worden, die ursprünglich von O. BRAUN (1882) entdeckt war, nämlich die Fähigkeit, grofse Mengen von Wasser mechanisch aufzunehmen und festzuhalten. Ich will dieselbe die „Hydrophilie" des Wollfettes nennen. LIEBREICH bezog dieselbe auf den Gehalt

des Wollfettes an Cholesterinfetten und erklärte diese Eigenschaft, das von ihm sogenannte „Lanolisieren", für ein charakteristisches Merkmal der Cholesterinfette. Schon in seinem ersten Vortrag sagt er: „Mit dieser (LIEBERMANNschen) Reaktion habe ich mich nicht allein begnügt, sondern die Eigenschaft des Cholesterinfettes benutzt, Wasser über 100% aufzunehmen. Diese Eigenschaft, welche von dem aus der Wolle hergestellten Fett in exquisiter Weise zuerst nachgewiesen werden konnte, habe ich mit dem Namen Lanolisieren bezeichnet und bei fast allen Fetten aus den vorhergenannten (Horn-) Substanzen nachweisen können."

Diese Mitteilung von LIEBREICH, dafs es ihm geglückt sei, bei fast allen Fetten aus menschlichen Haut- und Horngebilden das „Lanolisieren" nachweisen zu können, wird in mehreren Arbeiten desselben Autors wiederholt, ohne dafs wir Näheres darüber erfahren, wie hierbei verfahren wurde und wieviel Wasser die einzelnen Fette aufnahmen. SANTI[23] in seiner zweiten Arbeit über Lanolin bezweifelt — wohl wegen der geringen Menge — überhaupt die Möglichkeit, dafs LIEBREICH diese Eigenschaft am Hautextrakt habe konstatieren können. Die Frage einer eventuellen Hydrophilie von Cholesterinfetten der Haut ist also auch noch eine vollkommen offene.

LIEBREICH hat endlich noch einen dritten Beweis, dafs es sich in seinen Chloroformextrakten um Cholesterinfette und nicht vielleicht um Glycerinfette und Cholesterin handle, darin sehen wollen, dafs die von Chloroform befreiten „Rückstände beim Behandeln mit ätzenden Alkalien kein Glycerin ergaben, dagegen in sehr hohem Grade die Eigenschaft des Lanolisierens besafsen".

Hier müssen wir zwei ganz verschiedene Fragen wohl unterscheiden. Die erste Frage lautet ganz allgemein: Genügt der Nachweis der Glycerinabwesenheit in einem fettartigen Produkte, welches die Cholestolreaktion und die Eigenschaft des Lanolisierens zeigt, um zu behaupten, dafs Cholesterinfette darin enthalten sind? Hierauf ist zu erwidern, dafs derselbe nicht genügt, da ein Gemenge von Fettarten mit freiem Cholesterin[24] ebenfalls Cholestolreaktion und Lanolisieren zeigt. Die zweite Frage, welche für uns ein spezielleres Interesse hat, lautet: Ist es überhaupt möglich, Hautextrakte zu gewinnen, die kein Glycerin enthalten? Sicher ist, dafs ein Extrakt der Subcutis an Glycerinfetten reich ist; dieses kommt also hier überhaupt nicht in Betracht. Bei Extrakten der Cutis müfste man die sicher Glycerinfette

---

[23] Über Lanolin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. S. 275.

[24] Über die Tatsache, dafs cholesterinhaltige Gemenge bis 100% Wasser aufnehmen, siehe weiter unten.

enthaltenden Talgdrüsen vermeiden, wäre mithin auf die Cutis der Palmae und Plantae angewiesen. Bei isolierter Oberhaut und hornigen Anhangsgebilden (Nägel, Haare, Hufe, Federn) ist auch auf die Abwesenheit von Talgdrüsensekret zu sehen. Die einzige Möglichkeit, die LIEBREICHsche Forderung in betreff der Glycerinabwesenheit zu erfüllen, scheint mithin beim Menschen an der Hornschicht der Palmae und Plantae und an den Nägeln gegeben zu sein, und hier hat man noch mit der Imbibition durch fettiges Sekret der Knäueldrüsen zu rechnen, dessen Natur überhaupt noch nicht erforscht ist und welches LIEBREICH bei allen seinen Untersuchungen prinzipiell vernachlässigt hat.

* * *

Ein Rückblick auf diese Geschichte der Cholesterinfett-Frage von 1885—1894, soweit sie die menschliche Haut betrifft, lehrt, daſs besonders fünf Fragen unentschieden und einer Nachuntersuchung bedürftig geblieben sind:

1. Ist LIEBREICHS Lanolisierungsmethode geeignet, um im Hautfett Cholesterinfett makroskopisch nachzuweisen?

2. Ist es nach LIEBREICHS Vorgang möglich, in Extrakten menschlicher Horngebilde, welche nachweislich vollkommen frei sind vom Fett der Subcutis, der Talgdrüsen und Knäueldrüsen, z. B. im Nagelextrakt, die Abwesenheit von Glycerin zu erweisen?

3. Erzeugen die Cholestolreaktion und verwandte Reaktionen am Cholesterin einerseits, an Cholesterinestern und Lanolin andererseits verschiedene Farbenskalen (SANTI) oder nur dieselbe Folge von Rot und Blau mit durch Zufälligkeiten bedingten Abweichungen (LIEBREICH)?

4. Geben cholesterinfreie Cholesterinester die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion?

5. Ist die Vernix caseosa als ein „mit wenig Glycerinfetten gemischtes natürliches Lanolin“ aufzufassen?

II.
Zusammensetzung des Lanolins.

So stand die Frage im Jahre 1894. Seitdem sind durch die unermüdlichen Forschungen verschiedener Chemiker die einzelnen Bestandteile des Wollfettes viel genauer erforscht worden. Wir haben eine Reihe konstanter und für das Wollfett im Gegensatz zu anderen Fetten charakteristischer Stoffe kennen gelernt und können nun mit viel mehr Aussicht auf Erfolg die umfassendere Frage in Angriff nehmen, ob das menschliche Hautfett irgendwelche Bestandteile des Wollfettes (u. a. auch Cholesterinfette) und welche es enthält. Hauptsächlich sind es die von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ ausgebildeten, in den Berichten der

Deutschen Chemischen Gesellschaft 1895-1899 in ihren Hauptzügen niedergelegten spektroskopischen Untersuchungsmethoden des Wollfettes, welche es gestatten, gleichzeitig verschiedene und sonst schwer trennbare Alkohole der Cholesteringruppe nebeneinander zu erkennen. So ist das genaue Studium der Wollfette geradezu vorbildlich geworden für das uns interessierende Studium der menschlichen Hautfette, mit dem wir uns von jetzt an zu beschäftigen haben werden. Ehe wir an dieses herangehen, müssen wir daher dem Leser einen kurzen Überblick über den jetzigen Stand der Wollfettuntersuchung geben.

An den Forschungen über die Zusammensetzung des Wollfettes waren folgende Forscher vorzugsweise beteiligt. Aufser den schon genannten HARTMANN und E. SCHULZE: LEWKOWITSCH, HELBING und PASSMORE, HERBIG, v. COCHENHAUSEN, HENRIQUES, am allermeisten und erfolgreichsten aber DARMRSÄDTER und LIFSCHÜTZ. In der schon erwähnten Monographie über das Wollfett von DONATH und MARGOSCHES finden sich die Resultate dieser Untersuchungen bereits zusammengestellt.

Insbesondere entnehme ich einer Tabelle dieses Werkes die folgenden Daten. Dieselbe wird von den Autoren mit diesen Worten eingeleitet (S. 80): „Resümiert man die Ergebnisse der bisherigen mannigfachen Forschungen über die chemische Natur des Wollfettes, so wurden die im nachfolgenden angeführten Substanzen in demselben gefunden, wobei in Betracht gezogen werden mufs, dafs diese Ergebnisse zum Teil noch nicht bestätigt, zum Teil sogar strittig sind."

a) Substanzen von näher ermittelter Zusammensetzung.[25]

Säuren:	Essigsäure	CH_3COOH	(SCHULZE),
	Buttersäure	C_3H_7COOH	(SCHULZE, SANCTIS),
	Isovaleriansäure	C_4H_9COOH	(SANCTIS),
	Capronsäure	$C_5H_{11}COOH$	(SANCTIS),
	Myristinsäure	$C_{13}H_{27}COOH$	(DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ),
	Palmitinsäure	$C_{15}H_{31}COOH$	(SCHULZE, SANCTIS),[26]
	Stearinsäure	$C_{17}H_{35}COOH$	(ULBRICHT und REICH, SANCTIS),[27]
	Carnaubasäure	$C_{23}H_{47}COOH$	(DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ),
	Hyaenasäure	$C_{24}H_{49}COOH$	(SCHULZE),
	Cerotinsäure	$C_{25}H_{53}COOH$	(von mehreren nachgewiesen),[28]
	Ölsäure	$C_{17}H_{33}COOH$	(von mehreren nachgewiesen),[28]
	Lanopalminsäure	$C_{16}H_{32}O_3$	(DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ),

[25] Die hier in Betracht kommenden Äther, wie Cerotinsäurecerylätber (SCHULZE, BUISINE), Benzoesäurecholesterinäther (SCHULZE) usw. werden nicht als solche angegeben, sondern nur in ihren Komponenten.

[26] von LIFSCHÜTZ angezweifelt. S. meine Anmerkungen zur Tabelle.

[27] Nach DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ nicht vorhanden, Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 31. S. 103.

[28] Zweifel von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ, Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 31. S. 103.

	Lanocerinsäure	$C_{30}H_{68}O_4$	(Darmstädter und Lifschütz),[29]
	Benzoesäure	C_6H_5COOH	(Schulze).[30]
Alkohole:	Lanolinalkohol	$C_{12}H_{23}OH$	(Marchetti),[31]
	Carnaubylalkohol	$C_{24}H_{49}OH$	(Darmstädter und Lifschütz),
	Cerylalkohol	$C_{57}H_{55}OH$	(von mehreren nachgewiesen),
	Cholesterin	$C_{26}H_{23}OH$	(von mehreren nachgewiesen),
	Isocholesterin	$C_{26}H_{43}OH$	(von mehreren nachgewiesen).
Lactone:	Lanocerinsäurelacton	$C_{30}H_{58}O_3$	(Darmstädter und Lifschütz)
	und ein lactonähnlicher Körper	$C_{11}H_{22}O$	(Darmstädtep und Lifschütz).[32]

b) Substanzen unbekannter Zusammensetzung.

Säuren: eine ölige Säure
eine der Capronsäure ähnliche Säure
eine der Cerotinsäure ähnliche Säure
} (Darmstädter und Lifschütz).

Alkohole: ein amorpher Alkohol (Schulze),
ein schwer oxydierbarer gesättigter, vielleicht dem Cerylalkohol isomerer Alkohol
ein ungesättigter Alkohol
ein Alkohol 2ª benannt
ein Alkohol 2ᵇ benannt
ein Alkohol 2ᶜ benannt
} (Darmstädter und Lifschütz),
mehrere Alkohole von kleinerem Molekulargewicht als der Cerylalkohol (v. Cochenhausen, Buisine).

Diese Tabelle von Donath und Margosches stammt aus dem Jahre 1901. Aus diesem Grunde und weil die Autoren manche Angaben derselben für noch nicht gesichert halten, während andere sich als nicht ganz richtig erwiesen haben (s. meine Anmerkungen zur Tabelle), so habe ich mich auch an Herrn Dr. Lifschütz mit der Bitte gewandt, mir eine Zusammenstellung der wichtigsten, bis heute sichergestellten Bestandteile des Wollfettes zu machen. Ich gebe dieselbe mit den Worten dieses Autors wieder.[33]

---

[29] Hier liegt ein Druckfehler vor: Darmstädter und Lifschütz geben die Formeln zu $C_{30}H_{60}O_4$ an, s. Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 29. S. 1476.

[30] Hier liegt entschieden ein Irrtum vor. Schulze hat die Benzoesäure nur zur künstlichen Herstellung der Benzoate der Cholesterine benutzt, um auf diese Weise die letzteren zu isolieren.

[31] Nach Darmstädter und Lifschütz nicht vorhanden, s. meine Anmerkungen zur Tabelle.

[32] Diese Angabe bezieht sich nur auf die erste Arbeit von Darmstädter und Lifschütz. Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 28. S. 3134. Später haben dieselben Autoren nachgewiesen, dafs es sich bei diesem Körper um ein richtiges Lacton handelt, dem aber die Formel $C_{30}H_{58}O_3$ zukommt, der also identisch ist mit dem vorhergenannten Körper, s. Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 29. S. 1467.

[33] Vergl. damit *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 45, Heft 5, S. 234.

I. Alkohole und Neutralstoffe.

1. Gesättigte:

- Cerylalkohol ($C_{27}H_{55}OH$),
- Carnaubylalkohol ($C_{24}H_{49}OH$).
- Außerdem Lactone (innere Anhydride der Lanocerinsäure und wahrscheinlich auch der Lanopalminsäure, welch erstere von G. Marchetti irrtümlich als „Lanolin-Alkohol" aufgefaßt und beschrieben worden ist (s. *Gazz. Chem. ital.* 1895. 25. 22).

2. Ungesättigte:

- Cholesterin ($C_{26}H_{43}OH$),
- Isocholesterin ($C_{26}H_{43}OH$),
- „Cholesteringruppe" 2c (Oxycholesterin: $C_{26}H_{44}O_2$)
  Oxycholesterinäther: $(C_{26}H_{43}O)_2O$
  und andere Cholesterinabkömmlinge, mit deren Trennung und Charakterisierung L. noch beschäftigt ist).

II. Säuren.

1. Gesättigte:

- Lanocerinsäure ($C_{30}H_{60}O_4$),
- Lanopalminsäure ($C_{16}H_{32}O_3$),
- Myristinsäure ($C_{13}H_{27}COOH$),
- Carnaubasäure ($C_{23}H_{47}COOH$),
- Cerotinsäure (in sehr geringen Mengen) ($C_{26}H_{53}COOH$),
- Capronsäure ($C_5H_{11}COOH$).

2. Ungesättigte:

- Chollansäure ($C_{26}H_{40}O_4$) (aus dem Oxycholesterin entstanden),[34]
- Ölige Säure, als überwiegender Bestandteil der Fettsäuren des sog. „Weichfettes". Es ist möglicherweise die bekannte Oleïnsäure.

Den systematischen Gang der Zerlegung des Wollfettes in seine Bestandteile haben Darmstädter und Lifschütz[35] in einer Reihe von Abhandlungen ausgearbeitet. Im folgenden gebe ich zunächst ein abgekürztes Schema dieses Ganges, indem ich nur die hauptsächlichsten der eben genannten Bestandteile, und zwar jetzt in derjenigen Folge vorführe, wie sie durch die Trennungsmittel isoliert werden.

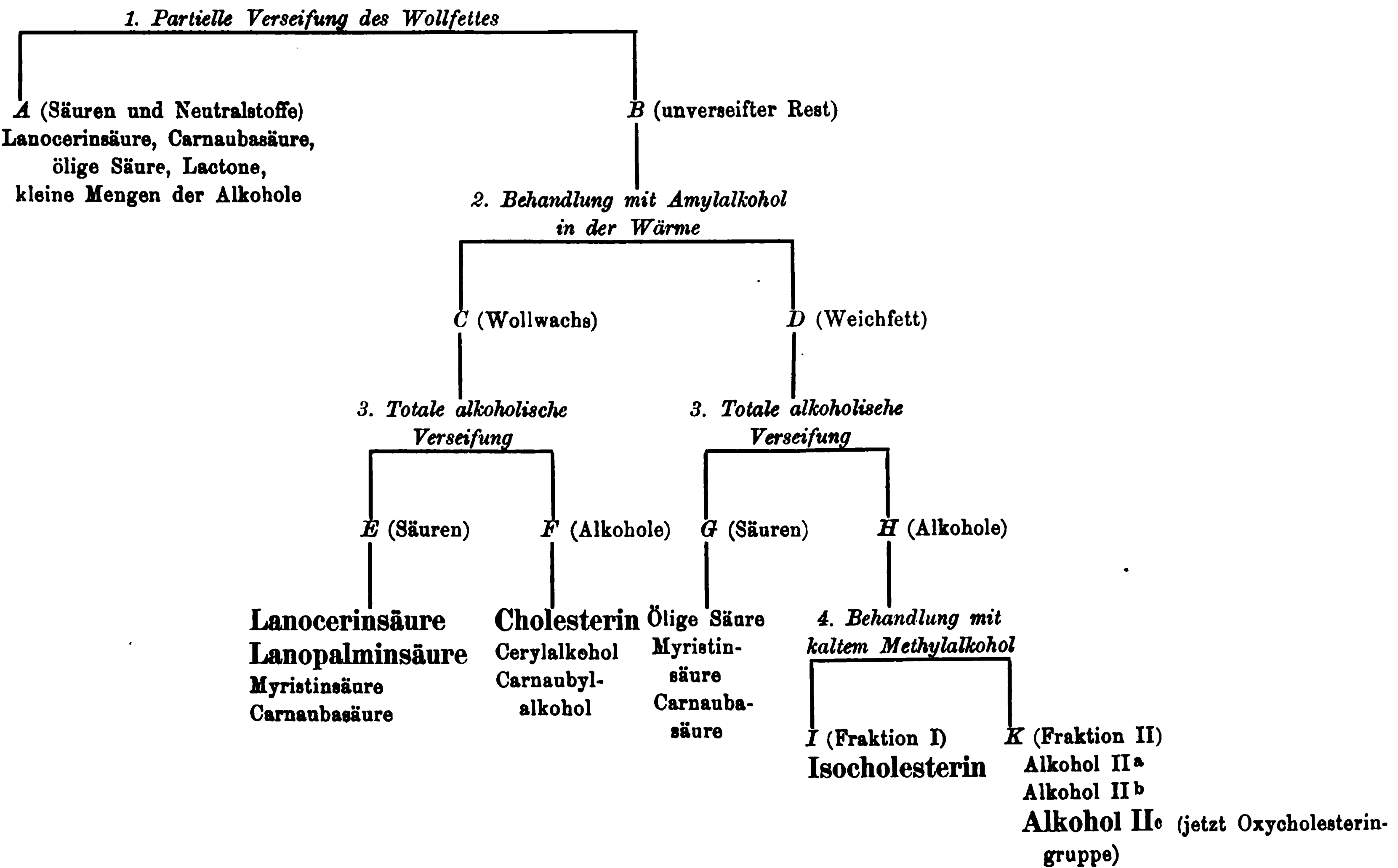
Diese Trennungsmittel sind der Reihe nach:

1. Trennung durch partielle Verseifung, durch kurzes Kochen mit für die völlige Verseifung unzulänglicher Menge von alkoholischem Kali und Erkaltenlassen,
2. Trennung durch Amylalkohol in der Wärme,
3. Trennung durch totale alkoholische Verseifung,
4. Trennung durch kalten Methylalkohol.

---

[34] Nicht zu verwechseln mit der Cholansäure aus der Cholsäure der Galle ($C_{20}H_{28}O_6$).

[35] Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. 28, 3133; 29, 618; 29, 1474; 29, 2890; 31, 97; 31, 1122.


1. Partielle Verseifung des Wollfettes
A (Säuren und Neutralstoffe)
Lanocerinsäure, Carnaubasäure, ölige Säure, Lactone, kleine Mengen der Alkohole
B (unverseifter Rest)
2. Behandlung mit Amylalkohol in der Wärme
C (Wollwachs)
D (Weichfett)
3. Totale alkoholische Verseifung
3. Totale alkoholische Verseifung
E (Säuren)
F (Alkohole)
G (Säuren)
H (Alkohole)
Lanocerinsäure
Lanopalminsäure
Myristinsäure
Carnaubasäure
Cholesterin
Cerylalkohol
Carnaubyl-alkohol
Ölige Säure
Myristin-säure
Carnauba-säure
4. Behandlung mit kaltem Methylalkohol
I (Fraktion I)
Isocholesterin
K (Fraktion II)
Alkohol IIa
Alkohol IIb
Alkohol IIc (jetzt Oxycholesterin-gruppe)

Anmerkungen zu dieser Tabelle.

Aus der Seifenlösung *A* wurde durch Ansäuern außer einem Teil der für die Charakterisierung des Wollfettes sehr wichtigen Lanocerinsäure und Carnaubasäure ein Lacton $C_{30}H_{58}O_3$ gewonnen, das innere Anhydrid der Lanocerinsäure und wahrscheinlich auch der Lanopalminsäure.[36]

Der unverseifte Rest *B* stellt die Hauptmasse des Wollfettes dar, indem allein das in ihm enthaltene Weichfett *D* 85—90 % des gereinigten Gesamtwollfettes beträgt. Das etwa 8—10 % ausmachende, durch Amylalkohol in der Wärme gelöste „Wollwachs" *C* zerfällt durch Verseifung mit $^1/_2$—$^1/_1$ normalem alkoholischem Kali auf dem Wasserbad in die Kalisalze der unter *E* genannten Säuren, unter denen ich die für die Wollfettcharakterisierung gleichfalls wichtige Lanopalminsäure hervorhebe. In dem unverseiften Rest *F* findet sich nun neben Cerylalkohol und Carnaubylalkohol auch Cholesterin (etwa 5 % vom Wollwachs).

Das Weichfett *D* (85—90 % vom gereinigten Wollfett) wurde ebenfalls mit alkoholischem Kali verseift, und man erhält die unter *G* angeführten Säuren (etwa 40—45 %) und die unter *H* erwähnten Alkohole (etwa 55—60 %). Letztere lassen sich durch verschiedene Löslichkeit in kaltem Methylalkohol in Fraktion I und Fraktion II trennen. In Fraktion I findet sich vorzugsweise das in Methylalkohol unlösliche Isocholesterin, während Fraktion II aus einem Gemisch von drei Alkoholen besteht, deren Trennung gelungen ist: Alkohol II^a, II^b und II^c, von denen der letzte, der Alkohol II^c, eigentlich eine ganze Gruppe von Cholesterinabkömmlingen von großer Bedeutung sowohl für die Praxis wie für die Theorie der Wollfette zu werden verspricht.

Die uns interessierenden quantitativen Verhältnisse der Alkohole des Wollfettes sind etwa die folgenden:

Cholesterin bildet ca. 5 % des Wollwachses und, da dieses 10—15 % des Wollfettes beträgt, nur ca. 0,5 % des Gesamtwollfettes.

Isocholesterin bildet ca. 11 % der Alkohole (*H*) des Weichfettes, diese etwa 55—60 % des gesamten Weichfettes und dieses letztere (*D*) 85—90 % des gesamten gereinigten Wollfettes, mithin Isocholesterin ca. $5^1/_2$ % vom Wollfett. Hieraus geht hervor, daß das Isocholesterin eine viel größere Rolle als das Cholesterin im Wollfett spielt (etwa die zehnfache Menge).

Der Alkohol II^c, dessen Bedeutung ich eben hervorhob, findet sich aber in noch viel größerer Menge im Wollfett. Von den Alkoholen des Weichfettes bestehen ca. 50—54 % aus Alkohol II^c, und jene bilden 55—60 % des Weichfettes. Folglich befinden sich im Weichfett ca. 30 %, im Gesamtwollfett also ca. 25 % dieser Substanz. Lifschütz wies nach, daß hierin auch kleinere Mengen Cholesterin noch enthalten sind, die sich aber durch einfache Lösungsmittel und ohne chemischen Eingriff nicht isolieren lassen. Größtenteils scheint demnach hier das Cholesterin, namentlich aber das Isocholesterin, in einer ätherartigen Verbindung mit den Oxycholesterinen vorhanden zu sein, da Lifschütz erst durch Benzoylierung der Fraktion II^c die beiden genannten Cholesterine hat isolieren können. (Vergl. Ber. d. Deutsch. Chem. Ges. Bd. 31. S. 1122 ff.)

---

[36] Die Lactone entstehen durch Austritt von 1 Molekül Wasser, wobei aus dem Alkoholhydroxyl H, aus dem Carboxyl der Säure OH austritt.

III.
Analyse des Lanolins.

Natürlich sind es von den Alkoholen gewisse Cholesterinarten, die unser Hauptinteresse beanspruchen, da sie für das Wollfett allein charakteristisch sind und in demselben in bedeutender Menge vorkommen; es sind dies: das Isocholesterin und die Oxycholesteringruppe, wie LIFSCHÜTZ[37] in seiner neueren Arbeit den Alkohol II c nennt, nachdem er dieselben als Oxydationsprodukte des Cholesterins erkannt hatte. (Eine höhere Oxydationsstufe des Cholesterins ist die auch im Wollfett vorkommende, von LIFSCHÜTZ entdeckte Chollansäure: $C_{26}H_{40}O_4$.) Daſs das Cholesterin für das Wollfett nicht im mindesten charakteristisch, sondern geradezu ubiquitär ist, habe ich oben ausführlicher erwähnt. Von den übrigen Alkoholen des Wollfetts kommt der Cerylalkohol im Bienenwachs und auch im chinesischen Wachs (Pflanzenwachs), der Cetylalkohol im Walrat und in der Bürzeldrüse der Gänse und Enten vor, Capronsäure in Butter, Käse, Schweiſs, Fuselöl und noch vielerwärts, der Carnaubylalkohol allerdings auch nur im Wollfett (DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ); seine Isolierung ist jedoch umständlich und daher als Erkennungsmerkmal für das Wollfett nicht ohne weiteres zu verwenden.

Von den Säuren sind es ebenfalls nur zwei, die von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ entdeckte Lanocerinsäure ($C_{30}H_{60}O_4$) und Lanopalminsäure ($C_{16}H_{32}O_3$), welche das Wollfett ausreichend charakterisieren. Die Myristinsäure kommt auch in der Muskatnuſs und im Walrat vor, die Carnaubasäure im Carnaubawachs, die Cerotinsäure im Bienenwachs und Pflanzenwachs, während die ölige, noch nicht sicher bestimmte Säure wahrscheinlich mit der ubiquitären Oleïnsäure identisch ist.

Es sind schlieſslich also nur wenige Körper: Isocholesterin, die Oxycholesterine, Carnaubylalkohol, Lanocerinsäure, Lanopalminsäure und Chollansäure, welche für das Wollfett als typisch gelten können. Und unter diesen sind es nur wieder die erstgenannten Alkohole der Cholesteringruppe, welche durch so scharfe Reaktionen gekennzeichnet sind, daſs allein durch sie gegenwärtig die Frage, ob in einem Fettgemische Wollfett vorliegt, schon beantwortet werden kann. Sind sie vorhanden, so liegt Wollfett vor; fehlen sie, so ist die Gegenwart von Wollfett ausgeschlossen.

Die Schärfe dieser Reaktionen wurde erst ermöglicht durch die eingehenden spektroskopischen Untersuchungen von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ und die Entdeckung einer chemischen Reaktion für die Oxy-

[37] Über die Oxydation des Cholesterins. *Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie.* Bd. 50, Heft 4 u. 5, S. 436.

cholesterine durch LIFSCHÜTZ, welche ebenfalls scharf und ebenso sicher für diese Substanz ist wie die Cholestolreaktion LIEBERMANNS für das Cholesterin. Sie ist für die Diagnose des Wollfetts nur noch um ebensoviel wichtiger, wie die Existenz des Oxycholesterins für dieselbe wichtiger ist als die des Cholesterins.

Den mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Dr. LIFSCHÜTZ zugegangenen brieflichen Mitteilungen über seine weiteren Beobachtungen dieser Absorptionsspektra der Cholesterine sowie über deren Verwertung bei Wollfettuntersuchungen entnehme ich folgende Angaben:

Spektroskopie der Cholesterine.

Die LIFSCHÜTZsche Eisessig-Schwefelsäure-Reaktion auf Oxycholesterin wird in folgender Weise ausgeführt: [38]

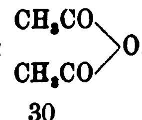
Man löst wenige Milligramme des Körpers in Eisessig [39] und setzt zur kalten Lösung vier bis acht Tropfen konzentrierter Schwefelsäure. Die Flüssigkeit färbt sich ohne Selbsterwärmung schwach rotgelb, wird beim Stehen intensiv grün, um nach 10—15 Stunden durch Grüngelb in Braungelb überzugehen. — Weder Cholesterin noch Isocholesterin geben diese Reaktion, dagegen liefert das Oxycholesterin alle Reaktionen des Cholesterins, also auch die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion.

Die spektroskopischen Erscheinungen, welche die drei Cholesterine liefern, sind äußerst charakteristisch. Wir gehen von der LIEBERMANNschen Cholestolreaktion aus. Ist nur Cholesterin vorhanden, so sieht man in dem ersten, kurzen Stadium, in welchem die Lösung rot ist, ein Band im Grün auftreten; im zweiten, wo die Lösung blau ist, sieht man ein Band im Gelb, welches sich etwas länger hält, dann allmählich schwindet und sich zu einem schmalen Streifen zwischen Gelb und Rot verjüngt, während zu gleicher Zeit mit der Grünfärbung der Lösung (drittes Stadium) ein neuer dunkler Streifen im Rot auftritt. Dieser Streifen im Rot ist von langer Dauer, entsprechend der Dauerhaftigkeit des dritten Stadiums.

Nimmt man mit reinem, cholesterinfreiem Isocholesterin die LIEBERMANNsche Reaktion vor, so erscheint zunächst eine gelbe Färbung in der Durchsicht, die nur im auffallenden Licht durch starke Fluoreszenz grünlich aussieht. Nach und nach wird die Lösung immer dunkler bräunlichrot, bis sie schließlich blutrot wird. Betrachtet man die Lösung im zweiten, rotgelben Stadium durch das Spektroskop, so erhält man ein charakteristisches starkes Absorptionsband zwischen den FRAUNHOFERschen

---

[38] S. LIFSCHÜTZ' Patent, siehe auch *Berichte d. Deutschen Chem. Ges.* 31. S. 1123.

[39] Eisessig (CH_3COOH), also nicht Essigsäureanhydrid von der Formel: 

Linien D und E im Grün, begleitet von einer feineren Linie an der Rotseite von D. Nach etwa vier Stunden zeigt die jetzt blutrote Lösung (drittes Stadium) nach dem Verschwinden der Linie an der Rotseite von D ein etwas schwächeres Absorptionsband als das zwischen D und E auf d, das sich bis gegen die Hälfte des Raumes C—d erstreckt. Nach etwa 24 Stunden färbt sich die Lösung violett (viertes Stadium), wobei der letzterwähnte Absorptionsstreifen am deutlichsten auftritt. Diese Spektralerscheinungen, namentlich aber der Streifen D—E eignen sich vorzüglich, um das Isocholesterin auch neben gröfseren Mengen der die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion gebenden Cholesterine nachzuweisen, resp. als Kriterium der vollständigen Trennung dieser Körper von einander zu benutzen, da die Cholesterinabsorptionsbänder, die sich auf B und zwischen d und D im Rot befinden, das grüne Feld D—E, wo das erwähnte Band stets deutlich auftritt, nicht berühren. Im Dunkeln aufbewahrt, hält sich das genannte Band im Grün 8—10 Tage.

Im Gegensatz zum Isocholesterin liefern die Oxycholesterine bei Anstellung der Cholestolreaktion genau dieselben Farbenerscheinungen wie das Cholesterin, sowohl für das blofse Auge als auch spektroskopisch. Dagegen besitzen wir für diesen Körper in der vorher angegebenen LIFSCHÜTZschen Eisessig-Schwefelsäurereaktion ein scharfes Erkennungsmittel. Spektroskopisch tritt im zweiten Stadium der grünen Lösung ein schmaler tiefdunkler Streifen im Rot zwischen C und d und ein ebenso schmaler aber viel schwächerer Streifen auf D auf. Letzterer Streifen zeigt eine kleine Beimengung von Oxycholesterinäther $(C_{26}H_{43}O)_2O$ in der Gruppe IIc an. Er verblafst ziemlich schnell unter gleichzeitiger Verstärkung des Streifens im Rot, der sich über 24 Stunden (im Dunkeln) hält, während die Lösung sich braungelb färbt (drittes Stadium). Diese Substanzen, frei oder als Ester, fehlen im Wollfette nie.

Ein grofser Vorzug dieser Erkennungszeichen ist es, dafs man die Analyse der Cholesterine in höchstens zwei Portionen vornehmen kann, nämlich des Cholesterins und Isocholesterins in einer und der Oxycholesterine in einer zweiten, ohne dafs eine Trennung der gelösten Körper erforderlich wäre. Ja, bei sehr geringem Vorrat an Substanz lassen sich alle drei Analysen mit nur *einer* Portion bewerkstelligen. Man verfährt dann folgendermafsen:

Das Material, das geprüft werden soll, wird mit Äther extrahiert, die ätherische Lösung durch ein *Doppelfilter filtriert*, eingedampft, nötigenfalls mit alkoholischem Kali verseift, das Saponifikat mit Äther extrahiert und eingedampft. Mit 0,2—0,3 g des Rückstandes (dem Unverseifbaren) wird zunächst die LIFSCHÜTZsche Eisessig-Schwefelsäurereaktion vorgenommen. Bei Anwesenheit von Oxycholesterinen zeigt sich nach 20—30 Minuten, mitunter auch früher, die genannte Grünfärbung

und das soeben beschriebene charakteristische Absorptionsspektrum in Gestalt eines schmalen, tiefdunklen Streifens im Rot zwischen den Linien C und d und eines ebenso schmalen, aber viel schwächeren Streifens auf D. Ist keine Substanz mehr vorhanden, so wird die Eisessig-H_2SO_4-Lösung, nachdem das Spektrum anfängt zu verblassen[40], mit dem gleichen Volumen Essigsäureanhydrid verdünnt. Es tritt eine Erwärmung und Farbenänderung ein und zwar: die der Cholestolreaktion mit allen ihren Erscheinungen und bei Anwesenheit von Isocholesterin (beim Stehen): das erwähnte Absorptionsband zwischen den Linien D und E. („Kombinierte Cholestolreaktion." Vergl. Bericht der Deutsch. Chemischen Gesellschaft, Bd. 31, S. 1125.)

Ist noch ein Rest des unverseifbaren Teiles vorhanden, so wird eine andere Portion desselben für die Prüfung auf Cholesterin und Isocholesterin verwendet: etwa 0,1 g des Extraktes werden in 3—4 ccm Essigsäureanhydrid gelöst, kalt klar filtriert und mit nur einem Tropfen konzentrierter Schwefelsäure versetzt. Enthielt der Extrakt von beiden Körpern nur geringe Mengen, so wird die Lösung erst schwach grün und man sieht nach einigen Minuten im Spektrum das Auftreten von zwei Streifen, einen im Orange- und den zweiten im roten Felde. Ersterer kennzeichnet das blaue Stadium der Reaktion, das mitunter (d. h. wenn Isocholesterin gleichzeitig da ist; siehe S. 385) mit bloſsem Auge nicht wahrnehmbar ist. Nach zirka einer halben Stunde ist er fast verschwunden, wobei der Streifen im Rot fortwährend sich ausbreitet, bis er das ganze Rot, das ganze Gelb und selbst einen Teil des Grüns absorbiert hat. Dies Anschwellen dauert etwa eineinhalb bis zwei Stunden. Dabei ist die Lösung tiefgrün. Hierauf geht es wieder rückwärts: erst wird das Grün, dann das ganze Gelb frei. Dies ist nun das Stadium, wo bei Gegenwart von Isocholesterin das Band des letzteren im Grün auftritt und sich immerwährend verstärkt; in diesem Falle zeigt die Lösung eine starke, schön grüne Fluoreszenz. Bleibt dauernd das grüne Feld frei, so ist kein Isocholesterin vorhanden. Währenddessen tritt das Cholesterinspektrum im selben Maſse zurück und räumt auch das rote Feld allmählich, bis von dem früheren, sehr breiten, tiefen Schatten nach etwa drei bis vier Stunden nur ein scharfer, schmaler Streifen zurückgeblieben ist, der dem Oxycholesterinstreifen sehr ähnlich ist, aber an eine andere Stelle, nämlich mehr nach dem Ultrarot hin, verschoben erscheint. Dieser Streifen hält sich im Dunkeln 12—15 Stunden und auch länger und ist für das Vorhandensein von Cholesterin in der Lösung der charakteristischste.

---

[40] oder wenn eine Reaktion nicht eingetreten, d. h. Oxycholesterine nicht zugegen sind, nach etwa 30 Minuten.

Die beschriebenen spektroskopischen Phänomene gelten nur für freie, nicht an Fettsäuren gebundene Alkohole der Cholesteringruppe, d. h. nicht für die entsprechenden Ester. Wir haben demnach in den geschilderten Farben- und Spektralerscheinungen ausgezeichnete und sichere Mittel, um zu erfahren, ob die Cholesterine frei oder an Säuren gebunden vorliegen. Im Falle die spektroskopischen Erscheinungen bei einem gegebenen Fettkörper ausbleiben, wird derselbe einer Verseifung unterworfen, wobei ja die eventuell vorhandenen Cholesterine frei werden. Erscheinen dann in dem mit Äther ausgezogenen unverseifbaren Teil (Alkohole) des Saponifikats die charakteristischen Streifen im Spektrum, während sie vorher fehlten, so können wir mit Sicherheit schliefsen, dafs die Cholesterine ursprünglich als Ester vorhanden waren.

Auf Grund der im Vorhergehenden kurz referierten, neueren Untersuchungen über das Wollfett sind wir nun in der Lage, wenigstens für zwei der oben aufgestellten, seit 1894 strittigen Fragen bereits das Dunkel zu lichten, das sie umgab. Durch die spektroskopischen Untersuchungen haben wir in erster Linie über die Liebermannsche Cholestolreaktion gröfsere Klarheit erhalten. Wir sind nicht mehr allein abhängig von der Betrachtung der Farben mit blofsem Auge, die ja, namentlich bei Gemengen mit anderen, gleichfalls färbenden Substanzen, sehr häufig auch versagen, sondern können durch das Spektrum die fraglichen Erscheinungen der Lösungen viel schärfer analysieren. Dadurch hat sich der dunkle Punkt aufgeklärt, weshalb bei Wollfettprodukten, die der Cholestolreaktion unterworfen werden, häufig das Blau, welches reines Cholesterin liefert, fehlt. Im Wollfett ist stets Isocholesterin vorhanden, welches bei der Cholestolreaktion eine dunkel blutrote Lösung gibt, und wir verstehen deshalb vollkommen die Möglichkeit, dafs in Mischungen von Isocholesterin und Cholesterin die blaue Farbe des letzteren verdeckt wird, wie Lewkowitsch zuerst angegeben hat. Das blaue Cholestolstadium fehlt dann nur scheinbar, nämlich für das blofse Auge, während es im Spektrum sehr wohl (als breites Band im Gelb) sich geltend macht. Was man beim Fettgemisch des Lanolins spontan erhält, kann man durch einen Versuch mit reinem Cholesterin und Isocholesterin in überzeugender Weise künstlich nachmachen.

In zwei gleich weite Reagiergläschen werden nur wenige Blättchen Cholesterin in möglichst genau gleichen Mengen getan und zu einem der Gläschen wenige Körnchen Isocholesterin zugefügt. Beide Gläschen werden nun mit je 4—5 ccm Essigsäureanhydrid beschickt, aufgekocht, in ein Glas kalten Wassers zum Abkühlen getaucht und stehen gelassen, bis beide Gläschen gleich kalt geworden sind. Man läfst dann in die

Lösungen je einen Tropfen konzentrierter Schwefelsäure fallen und mischt durch schwaches Schütteln. Die Lösung des Cholesteringemisches färbt sich sofort und ohne weiteres grün, während die des reinen Cholesterins sich für einige Sekunden rötlich, dann für einige Minuten schön blau und dann erst dauernd grün färbt. Bei dem Cholesteringemisch tritt also für das bloſse Auge überhaupt nur eine Farbe, das Grün, auf. Nur bei spurweiser Beimengung von Isocholesterin läſst sich mit Mühe das rote Stadium wahrnehmen; das blaue aber erscheint auch dann nicht. So erscheint es aber nur dem bloſsen Auge. Im Spektrum sieht man auch bei Anwesenheit groſser Mengen Isocholesterins die Absorptionsbänder aller drei Stadien des Cholesterins deutlich, weil das Band im Grün des Isocholesterins stets viel später erscheint, wenn die ersten zwei Bänder des Cholesterins in Grün und Gelb längst verschwunden sind.

Es sind also nicht verschiedene einheitliche Farbenskalen, wodurch Cholesterin und Lanolin sich bei der Cholestolreaktion unterscheiden, wie SANTI meinte, es sind aber auch nicht bloſse Zufälligkeiten, welche bei einer immer gleichen Folge von Rot und Blau, wie LIEBREICH meinte, die Verschiedenheit der Skalen bedingen; bei der schärferen Analyse durch das Spektrum zeigt vielmehr das Cholesterin stets dieselbe Farbenskala, rein wie im Gemisch des Lanolins, nur hier für das bloſse Auge verdeckt durch andere, ebenfalls bekannte Skalen. Im allgemeinen geht aus der Betrachtung dieses Einzelfalles hervor, daſs niemand in Zukunft auf die Besichtigung der Farben mit bloſsem Auge bei der Cholestolreaktion differential-diagnostische Schlüsse mehr bauen wird. Man wird in jedem Einzelfalle nur noch die Absorptionsbänder im Spektroskop als beweisend für das Vorhandensein einer fraglichen Substanz in der Lösung ansehen.[41] Damit ist unsere Frage 3 (siehe oben) erledigt.

Auch die Frage 4: Geben cholesterinfreie Cholesterinester die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion? ist durch genaue Untersuchungen von LIFSCHÜTZ[42] als erledigt zu betrachten. Dieser Autor behandelte Wollfett mit heiſsem Amylalkohol und kristallisierte den nach dem Erkalten ausgeschiedenen Teil so lange aus demselben Mittel um, bis die weiſse, feste Masse nicht mehr die LIFSCHÜTZsche bezw. die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion zeigte, also freie Cholesterine keinenfalls mehr enthielt. In dieser

---

[41] Ich entnehme beispielsweise meiner Korrespondenz mit Herrn Dr. LIFSCHÜTZ folgende Notiz: „Es ist mir sehr häufig in meiner technischen Praxis vorgekommen, daſs ich bei Verfälschungen von Fetten und Ölen mit Wollfett die Grünfärbung der Cholestolreaktion überhaupt nicht erhielt. Die Lösungen erscheinen dann häufig braun bis schmutzig gelbbraun. Im Spektrum dagegen trat namentlich der letzte Streifen im Rot stets mit groſser Schärfe auf, so daſs es mir gelang, selbst Beimengungen von nur 1—2 % Wollfett mit Sicherheit zu eruieren, dasselbe gilt auch vom Isocholesterin."

[42] Vgl. LIFSCHÜTZs Patentschrift 167 849.

Masse konnte Lifschütz dann nach der Verseifung des Wachses wiederum bedeutende Mengen Cholesterin nachweisen, die aus den vorhandenen Cholesterinestern durch die Verseifung abgespalten waren.

Dieser Versuch ist auf meine Veranlassung von Herrn Dr. Runge hier wiederholt worden. 500 g rohen Wollfettes wurden mit dem siebenfachen Volumen Amylalkohol in der Wärme klar gelöst und erkalten gelassen (mehrere Tage), wobei sich das Wollwachs in hellen Flocken ausschied. Dasselbe wurde bei etwa 10—15° C. abfiltriert, mit Amylalkohol nachgewaschen und auf einem porösen Porzellanteller an der Luft getrocknet. Die noch recht fettige Wachsmasse wurde auf die Cholestolreaktion geprüft, die positiv ausfiel. Nach achtmaligem Umkristallisieren aus Amylalkohol erst fiel die Cholestolreaktion negativ aus. Jetzt wurde das freies Cholesterin nicht mehr enthaltende Wollwachs mit alkoholischer Kalilauge verseift und die Seife von den Alkoholen mit Äther getrennt. Letztere ergaben nun wieder und zwar ungemein stark die Cholestolreaktion und auch die Lifschützsche Oxycholesterinreaktion mit großer Schärfe; ein einwandfreier Beweis dafür, daß in der von Cholesterin und Oxycholesterin gereinigten Wachsmasse reichlich Cholesterin- bezw. Oxycholesterinester enthalten sein mußten. Diese aber hatten weder die Liebermannsche Cholestolreaktion noch die Lifschützsche Reaktion gegeben.

Es steht hiernach fest, daß die aus dem Wollfett hergestellten cholesterinfreien Cholesterinester die Cholestolreaktionen nicht geben. Wie oben entwickelt, hatte Liebreich anfangs die Cholestolreaktion in voller Unbefangenheit zum Nachweise von „Cholesterinfetten“ benutzt und später, als von verschiedenen Seiten seine Befunde von „Cholesterinfetten“ als einfache Cholesterinbefunde gedeutet wurden, sich dahin ausgesprochen, daß die Cholestolreaktion natürlich ebensogut für Cholesterin wie für Cholesterinäther gelte, da die letzteren durch die konzentrierte Schwefelsäure der Liebermannschen Reaktion zersetzt und Cholesterin abgeschieden würde. Abgesehen davon, daß es nicht sehr glaublich ist, daß die minimale Menge Schwefelsäure in der Kälte momentan eine solche Zersetzung herbeiführt; ferner abgesehen davon, daß sonst gerade umgekehrt unter dem Einfluß der Wasser entziehenden Schwefelsäure freie Fettsäuren und Alkohole zu Estern vereinigt werden (siehe Lifschütz, *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1907, Bd. 45, S. 234), so beweisen die Versuche von Lifschütz und Runge mit voller Sicherheit, daß wirklich von Cholesterin ganz freies und dennoch Cholesterinester enthaltendes Wollwachs die Liebermannsche Cholestolreaktion nicht gibt. Die Cholestolreaktion darf also nie mehr dazu gebraucht werden, die Anwesenheit von Cholesterinestern (Cholesterinfetten) in organischen Körpern nachzuweisen.

In dritter Linie sind wir durch die Untersuchungen der genannten

Forscher, vor allem wieder derjenigen von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ, über die Begriffe: Wollfett und Lanolin in erfreulicher Weise aufgeklärt worden. Sah es doch durch die unterschiedslose Benennung der supponierten Cholesterinester der menschlichen Haut und tierischer Hornprodukte bald mit dem Worte: Cholesterinfett, bald mit dem Worte: Lanolin in LIEBREICHS Arbeiten so aus, als ob zwischen diesen Begriffen keine Verschiedenheit obwalte und blieben wir doch damals auch noch völlig im Unklaren, worin der Unterschied zwischen Wollfett und dem gereinigten Wollfett, Lanolin, tatsächlich besteht.

Wir wissen jetzt (s. die obigen Tabellen), was wir unter natürlichem Wollfett zu verstehen haben. Es ist ein Gemisch der dort genannten Alkohole und Fettsäuren, teils in freiem Zustande, teils in esterartiger Verbindung und enthält aufserdem 5—8% natürlicher Kaliseifen. Vor anderen tierischen Fetten wird es — neben dem Fehlen von Glycerin — charakterisiert durch das Vorhandensein von Isocholesterin, Oxycholesterin, Lanocerinsäure und Lanopalminsäure. Weder freies noch gebundenes Cholesterin können für Wollfett charakteristisch sein, da diese Substanzen in unzähligen Fetten des Tier- und Pflanzenreiches vorkommen (Olivenöl, Trane u. dgl.). Andererseits fehlen jene vier Stoffe in keinem Wollfett.

Das Lanolin ist nur ein Bruchteil des natürlichen Wollfettes. Qualitativ sind fast sämtliche Bestandteile des Wollfettes in ihm vertreten; dagegen verliert das Wollfett beim Reinigungsprozefs den gröfsten Teil aller drei Cholesterine und einen sehr beträchtlichen Teil des Lanocerinwachses.

Von den Cholesterinestern oder „Cholesterinfetten" (LIEBREICH) wissen wir jetzt, dafs sie doch nicht so schwer angreifbar sind, wie man vor 20 Jahren dachte, und dafs sie sich zu einem beträchtlichen Teil ganz gut mit wäfsriger Kalilauge verseifen lassen, sodafs eine Trennung der Cholesterinfette von Glycerinfetten durch Verseifung nicht möglich ist. Sodann wissen wir, dafs wir es unter dem Namen der Cholesterinester oder „Cholesterinfette", des Lanolins immer mit den Estern des Cholesterins, des Isocholesterins und der Oxycholesterine zu tun haben, unter denen grade die des Cholesterins im Wollfett quantitativ die geringste Rolle spielen.

Diese Daten geben die Richtschnur jeder zukünftigen Untersuchung der menschlichen Haut auf die verschiedenen einzelnen Bestandteile des Wollfettes.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem königl. dermatologischen Institute KARL ALBERT (St. Ludwig-Hospital-Turin).

Über die Atrophia maculosa cutis.

Von

Dr. KARL VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie an der königl. Universität Bologna.

Mit einer Abbildung im Text.

(Fortsetzung und Schluß.)

Ätiologie und Pathogenese.

BALZER sagt ganz richtig: „Avant d'admettre une origine idiopathique il convient de rechercher toutes les affections apparentes ou latentes, qui peuvent provoquer le développement des toxines susceptibles d'être entrainées du côté de la peau."

HEUSS ist der erste gewesen, der sich an das Studium der Pathogenese der Atrophia maculosa cutis gewagt hat. Beim Hervorheben der histologischen Charakteristika, auf welche er seine Definition gründet, bekämpft HEUSS, in Übereinstimmung mit JADASSOHN, die Ansichten von KAPOSI, BALZER, REBLAUB und VASILIN. Diese Autoren betrachteten nämlich die atrophischen Flecke als das Resultat einer Zerrung, einer Dissoziation des elastischen Stützgewebes der Cutis, die ihrerseits durch die Infiltration verursacht war. Nach der Ansicht von HEUSS kann man auch nicht einmal der Meinung von KRÖSING beipflichten, wonach in den entzündlichen Prozessen das elastische Gewebe im Verhältnisse zur Intensität und zur Dauer dieses entzündlichen Prozesses verschwindet; bei den umschriebenen Hautatrophien wäre nämlich, so meint HEUSS, die Intensität des entzündlichen Prozesses im umgekehrten Verhältnisse zum Schwunde des elastischen Gewebes. Ferner behauptet HEUSS, daß eine Phagocytose in den runden Zellen der Infiltrate nicht vorkomme; er stützt sich hierbei auf die Verschiedenheit in der zeitlichen und räumlichen Evolution beim Verschwinden des Elastins und der kleinzelligen Infiltration, ferner auf die verhältnismäßsige Unversehrtheit der elastischen Fasern im Zentrum der Infiltrate, während sie in der Nähe dieser letzteren verschwinden. Andererseits läßt sich aber gegen die Argumentation von HEUSS die von mir bereits weiter oben angedeutete Einwendung verwerten. Das Verschwinden des Elastins auch über die Grenzen der Infiltrate hinaus könnte nämlich eine regressive quantitative Verminderung dieser Infiltration be-

deuten; an den Stellen, wo diese bereits die größte Ausbreitung gewonnen, würde sie dann auch die Spuren ihrer zerstörenden Anwesenheit zurücklassen, im Innern der Infiltrationsherde dagegen, wo die Zerstörung noch nicht eine vollständige ist, würde man noch verhältnismäßig gut erhaltene elastische Fasern vorfinden. Der nachfolgende Zustand vollständiger Atrophie des elastischen Gewebes in der atrophischen Plaque wäre der Ausdruck einer sich progressiv nach der Peripherie des elastischen Gebietes sich ausbreitenden Atrophie. Heuss dagegen betrachtet die perivasalen Zelleninfiltrate als einen schützenden Wall, welcher nach und nach durch ein besonderes zerstörendes Agens des elastischen Gewebes durchbrochen wird. Indem sich Heuss auf die perivaskuläre Anordnung der entzündlichen Läsionen und auf die eigentümliche Gestalt stützt, welche dieses Verschwinden des Elastins aufweist, stellt er die Hypothese auf, daß ein stets sich gleichbleibendes pathogenes und endogenes Agens als der Veranlasser der entzündlichen Erscheinungen und der Zerstörung des Elastins zu betrachten ist. Dieses Agens, in Gestalt von pathogenen Mikroben oder deren Toxinen, soll direkt aus dem Blute in die Cutis auf embolischem Wege gelangen. Andererseits stützt Heuss die Theorie einer toxischen Metastase nicht nur auf histologische, sondern auch auf klinische Tatsachen. Marchand, Federmann, Offergeld sollen nachgewiesen haben, daß die tuberkulösen Toxine eine besondere Vorliebe zum elastischen Gewebe zeigen, das sie zerstören. Die Patienten von Heuss und die Kranke von Jadassohn waren tuberkulös. Auf diese Betrachtung gestützt, vermutet Heuss, daß die Atrophia maculosa cutis eine besondere toxische, hämatogene Dermatose sei, welche zu jener in klinischer sowohl als histologischer Beziehung so mannigfaltigen Gruppe der Tuberkulide zu rechnen wären; diese letzteren nämlich besitzen zwar kein besonderes pathognomonisches Symptom, man trifft sie aber vornehmlich bei solchen Individuen, die früher oder später tuberkulös werden. Es scheint nämlich hier der Tuberkelbazillus durch Vermittlung seiner Toxine von der Ferne auf die Haut einzuwirken. Wie bei anderen hämatogenen Dermatosen bekunden sich die entzündlichen Erscheinungen auch bei der Atrophia maculosa cutis nicht durch eine besondere Intensität, weil angenommen wird, daß das pathogene Agens den größten Teil seiner Wirksamkeit bei der Zerstörung des Elastins erschöpft hat. Die ursprüngliche Auffassungsweise von Heuss hat nun nicht allein in der klinischen Kasuistik der letzten Jahre eine Stütze gefunden, sondern auch in einem Experimente, das Oppenheim an seiner Patientin angewendet hat. Diese war nämlich auch tuberkulös. Durch Applikation eines Kantaridenpflasters veranlaßte er bei der Patientin die Bildung einer Blase. Einige Tropfen des in dieser Blase enthaltenen Serums wurde in die Tiefe der Oberschenkel, auf der Extensorenfläche, injiziert. Nach vier Monaten fand man auf dem rechten

Oberschenkel eine linsenförmige Plaque mit seidenglänzender, leicht gefältelter Oberfläche; diese Plaque unterschied sich in keiner Weise von den anderen auf natürlichem Wege atrophisch gewordenen Plaques. Aus der Tatsache, dafs eine Kontrollinjektion von Kochsalzlösung resultatlos blieb. schliefst Oppenheim, dafs das Serum seiner Patientin ein für die Haut dieser Patientin schädliches Prinzip enthielt. Dieses experimentelle Hervorrufen einer atrophischen Plaque gab Anlafs zu der Vermutung, dafs die natürliche atrophische Plaque hämatogenen Ursprungs im Sinne Heuss' sei. Wie plausibel nun aber diese Hypothesen von Heuss auch erscheinen mögen, so genügen sie unserer Meinung nach doch nicht, um uns eine Erklärung der Tatsache, warum sich die Tuberkulose auf der Haut nicht immer in derselben Gestalt kundgibt, zu geben. Man könnte deshalb einfach zur Theorie der verminderten Widerstandskraft, einer besonderen Vulnerabilität des elastischen Cutisgewebes Zuflucht nehmen; auf die letztere hatten bereits Danlos und Dehérain hingewiesen, um das Wesen der atrophierenden syphilitischen Papel zu erklären. Bei derartigen Fällen darf man nicht das gleichzeitige Vorkommen der „striae distensae" vergessen, auf welche Oppenheim aufmerksam gemacht hat. Nicht etwa, dafs die eigentlichen Maculae atrophicae, wie dies Rille behauptet, mit den striae distensae im Sinne der „vergetures linéaires et rondes" verglichen werden dürfen, wie es noch vor nicht langer Zeit die französischen Autoren zu tun pflegten; beide aber beweisen das Bestehen einer gröfseren Schwäche des elastischen Gewebes, sei es nun gegenüber Zerrungen (striae) sei es gegenüber schädlichen Faktoren besonderer Art (Maculae atrophicae) in der Gestalt von syphilitischen, tuberkulösen oder anderen Toxinen, die nicht nur als Entzündungserreger, sondern auch als Elastinzerstörer wirken würden. Eine übermäfsige Zerrung führt aber nicht immer zur Bildung von Striae distensae, und so würde sich denn auch die Tatsache erklären, warum sich auf der Basis identischer ätiologischer Momente nicht immer eine Atrophia maculosa cutis entwickelt und warum sich diese Atrophie nicht in direkte Beziehung zur qualitativen und quantitativen Intensität des präatrophischen entzündlichen Prozesses bringen läfst. Man könnte, mit anderen Worten, besser verstehen, warum gleichartige Prozesse, die gewöhnlich mit restitutio ad integrum heilen, zuweilen in Atrophie ausgehen. Nicht genug jedoch; es bleibt uns noch zu erklären übrig, warum es beim elastischen Gewebe nicht zu einer restitutio ad integrum gekommen, warum die Lücken, welche sich nach dem Schwunde des Elastins gebildet hatten, nicht durch neues Kollagen ausgefüllt wurden. Wenn man annimmt, dafs sich die Lücken im Elastin zuweilen mehr oder weniger vollständig mit Kollagen ausfüllen können, so mufs man die Intervention eines anderen Faktors in dem von Heuss angegebenen pathogenetischen Bilde eintreten lassen. Mibelli schreibt in seinem Falle

das Ausbleiben eines Ersatzes des verschwundenen Elastins auf Rechnung des Nervensystems; auch ich habe bei der Pathogenese des Lichen planus atrophicus eine Läsion des Nervensystems vermutet. Diese Hypothese findet eine Stütze in gewissen, ebenfalls umschriebenen makulösen Atrophien, die sich unter dem Einfluſs von nervösen Störungen entwickeln. Wenn nun auch diese nervösen Läsionen nicht immer anatomisch nachweisbar sind, so hindert uns nichts, anzunehmen, daſs unter dem Einflusse besonderer schädlicher Agentien (tuberkulöse, syphilitische oder andere; Autointoxikationen?) die Funktion gewisser Nervenbezirke eine Schädigung erleidet, ohne daſs dabei die histologische Struktur eine merkliche Veränderung erfährt und ohne daſs von diesen Störungen subjektive Erscheinungen zum Ausdrucke kommen.

Von der Tatsache ausgehend, daſs man „bei fast allen Fällen von „Atrophodermie en plaques“ aktive tuberkulöse Läsionen vorfindet“, versuchte Thibierge eine atypische Form der Lupus erythematosus zu konstruieren. Seine Patientin zeigte tuberkulöse Heredität und war selbst auf Tuberkulose verdächtig. Die Patientin von Jadassohn hatte einen Tumor albus des Knies und in den beiden Fällen von Heuss bestanden Zeichen von Lungentuberkulose; in dem einen derselben, wo die Atrophien ihren Sitz auf dem Rumpfe und auf den Armen hatten, bestand ein typischer Lupus erythematosus des Gesichtes; im anderen dagegen war das Gesicht der Sitz der sogenannten Atrophia maculosa cutis. Auch der Fall von de Beurmann und Gougerot bezieht sich auf ein Mädchen „entachée de tuberculose“, was diese Autoren veranlaſst, zu vermuten, daſs die Tuberkulose mit dieser, in so eigentümlicher Weise mit Hypertrophie vergesellschafteten Atrophie des elastischen Gewebes einen gewissen Zusammenhang hat; sie nennen es eine atypische Tuberkulose, „forme nouvelle et distincte du lupus erythemateux“. Nicolas und Favre konstatierten bei ihrem Patienten eine Dermatose, die sich in kausaler Hinsicht auf Tuberkulose zurückführen läſst, die sich aber nicht unter der Etikette „Lupus erythematosus“ klassifizieren läſst, obwohl sie „voisine du lupus erythemateux“ zu sein scheint; sie betrachten sie deshalb als Tuberkulide. Oppenheim findet in seinem Falle ebenfalls einen ätiologischen Zusammenhang mit der Tuberkulose; er teilt aber die Ansicht Thibierges nur für diejenigen Fälle, welche ihren Sitz im Gesicht haben (Fall von Thibierge, zweiter Fall von Heuss, Fälle von Nielsen, von de Beurmann und Gougerot, von du Castel). Er scheint dabei den Umstand auſser Betracht zu lassen, daſs Thibierge, mit seinem Begriff von Atypie, neben seinem bekannten Typus des Lupus erythematosus eine in histologischer, klinischer und morphologischer Beziehung, d. h. also auch in bezug auf Sitz und Verlauf, atypische Form anerkannt hat. Allerdings sind auch heute noch die Ansichten über die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus geteilt;

es steht ganz außer Zweifel, daß die Dermatose bei Individuen auftreten kann, die auch in anderen Gebieten als tuberkulös befunden wurden. Da nun der Lupus erythematosus in die Kategorie der Tuberkulide eingereiht werden kann, ist es auch klar, daß die Auffassungsweisen von Heuss, de Beurmann und Gougerot, Nicolas und Favre, Oppenheim, welche in bezug auf den Begriff Tuberkulide miteinander übereinstimmen, die Ansicht von Thibierge über den atypischen Lupus erythematosus unter der Form einer Atrophodermie en plaques unterstützen.

Ferner hebt Thibierge hervor, daß sämtliche in der Literatur aufgezeichneten Fälle von umschriebener Atrophodermie Frauen betreffen, mit Ausnahme des Falles von Nicolas und Favre, sowie eines anderen von Boikow. Diese Tatsache kann als eine weitere Stütze der Hypothese aufgefaßt werden, daß es einen atypischen Lupus erythematosus gibt, welcher häufiger bei der Frau als beim Manne beobachtet wird, welcher sich durch einen langsamen, torpiden Verlauf, durch eine regelmäßig zentrifugale Ausbreitung, das Fehlen oder doch die äußerst geringe Entwicklung von Veränderungen in der Epidermis, das Vorherrschen von Läsionen des elastischen Gewebes der Cutis auszeichnet. Hierher kann auch mein erster Fall gerechnet werden, welcher eine tuberkulöse Frau betrifft, wo sich die Dermatose in schleichender Weise entwickelt hatte, ohne daß es nach Angabe der Patientin selbst möglich gewesen wäre, auch objektiv die verschiedenen Phasen der Entwicklung zu verfolgen. Dies läßt sich übrigens schon aus dem Sitze der Affektion erklären (Rücken) sowie aus dem Fehlen von subjektiven Beschwerden. Wie nun aber Fälle von typischem Lupus erythematosus bei Individuen vorkommen, bei denen keine auffallenden Zeichen von Tuberkulose konstatiert werden können, weder hereditäre noch persönliche, so soll es auch Fälle von sogenannten idiopathischen, umschriebenen Hautatrophien geben, wo es nicht möglich war, Anzeichen von Tuberkulose zu entdecken. Dies trifft z. B. ein in dem Falle von Nielsen, den aber Heuss schon als einen Lupus erythematosus angesehen hatte, was zu einer Polemik zwischen diesen beiden Autoren geführt hat. Übrigens hatte auch Nielsen seinen Fall mit denjenigen von Thibierge und Jadassohn verglichen. Thibierge sieht denn auch den Fall von Nielsen ohne weiteres als atypischen Lupus erythematosus an, sei es nun wegen des Sitzes als wegen des Verlaufes und den objektiven Merkmalen. Auch im Falle von Boikow waren die atrophischen Plaques auf dem Gesichte und der Kopfhaut lokalisiert, welche die Prädilektionsstellen des Lupus erythematosus sind; trotzdem ist Boikow überzeugt, daß sie mit der Tuberkulose nichts zu tun haben und betrachtet sie überhaupt nicht als Lupus erythematosus, sondern als wahre und eigentliche Atrophia maculosa cutis, die zu den Trophoneurosen der Haut zu zählen sei. Auch im Falle von Beck, wo die Läsionen ebenfalls im Gesicht und auf dem

Rumpf lokalisiert waren, waren keine Zeichen von Tuberkulose vorhanden; BECK vergleicht aber diesen seinen Fall mit dem zweiten von HEUSS, den auch OPPENHEIM in der Gruppe des atypischen Lupus erythematosus belassen hatte und möchte beide Fälle als selbständige Krankheit, als Atrophia maculosa cutis im Sinne von HEUSS und OPPENHEIM, betrachtet wissen. Den vier als Atrophia maculosa cutis nach OPPENHEIM etikettierten Fällen (FOURNIER-BESNIER, GALEWSKI, erster Fall von HEUSS, erster Fall von OPPENHEIM) hätte man also nach der Ansicht von BECK auch den seinen, sowie den zweiten von HEUSS beizufügen. So viel ich glaube, müssen auch die Fälle von BOIKOW, derjenige von OPPENHEIM und von BECK in einer Gruppe im Sinne von THIBIERGE zusammengefaſst werden.

In den klassischen Fällen von Lupus erythematosus zeigt die Oberfläche der Läsionen eine charakteristische, fest anhaftende Abschuppung, deren Ausläufer sich in die dilatierten Ausführungsgänge der Follikel einsenken. Von diesen Formen, sagt THIBIERGE, geht es nun durch eine Reihe von Abstufungen zu den Fällen mit nicht sehr ausgesprochenen Veränderungen der Epidermis, die sich auf eine mehr oder weniger ausgesprochene Rötung, mit erweiterten Follikelausführungsgängen und kaum bemerkbare Abschuppung beschränken. Weiter kommt man dann zu den atypischen Formen, wo es sich bloſs um eine Verdünnung der Epidermis und Cutis und ein atrophisches, narbenartiges Aussehen der Plaques handelt. Am Rande dieser Plaques findet man noch das primäre Stadium, das erythematöse, mehr oder weniger deutlich angedeutet; zuweilen findet man auch, wie im Falle von DU CASTEL, papulöse Elemente an dieser Stelle, in dem genannten Falle zeigten die Papeln keine Schuppen; er erinnert denn auch an die von RADCLIFFE †, CROCKER und BROCQ beschriebenen Fälle (1893) wo es sich um kleine rosarote Papeln handelte, wie beim Lichen planus, die aber mit ganz feinen Schuppen bedeckt waren. So würde nach der Auffassungsweise von THIBIERGE der gröſste Teil der bisher als umschriebene idiopathische Hautatrophien beschriebenen Fälle in die Gruppe der mit der Tuberkulose in Beziehung stehenden symptomatischen Hautatrophie übergehen und würde somit auf Grund der atypischen morphologisch-klinischen Merkmale zu einer bereits definierten dermatologischen Gruppe gehören.

HEUSS hat versucht, auch den von MIBELLI im Jahre 1900 beschriebenen Fall (Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker) in den Kreis seiner Atrophia maculosa cutis zu ziehen. Nach der Ansicht von HEUSS war der Fall von MIBELLI als nur ganz zufällig, nicht aber in seinem Wesen mit der Syphilis in Zusammenhang stehend zu betrachten, da in diesem Falle die von UNNA für sein Neurosyphilid gegebenen histologischen Daten fehlten. MIBELLI dagegen stützte sich auf die Annahme, daſs sein Patient syphilitisch war, mit aktiven tuberösen Erscheinungen, daſs er ein

makulo-papulöses Exanthem gehabt hatte; deshalb glaubte er an das Fortbestehen von Reizerscheinungen in besonderen isolierten Abschnitten des Gefäſsnetzes, obwohl sich dieselben klinisch nicht nachweisen lieſsen. Dementsprechend nahm er das Eintreten einer klinisch scheinbaren, histologisch aber nicht nachweisbaren Heilung (gestützt auf die Beobachtungen von Neumann) um mehrere Jahre vorausgegangenen papulo-makulösen Exanthems an. Auf dem Boden dieser persistierenden irritativen Erscheinungen würde sich dann der Schwund des elastischen Gewebes ausgebildet haben; ein vom Nervensystem abhängiger Faktor würde ferner die Wiederbildung, die Restitutio ad integrum verhindert haben.

Es besteht übrigens eine ganze Gruppe von Atrophiae maculosae cutis, deren Existenz von Heuss, auf Grund seiner histologischen Formel, geleugnet wird; dieselben lassen sich auf Syphilis zurückleiten, ohne daſs aber stets ein präatrophisches morphologisches Element durch seine mehr oder weniger intensiven Erscheinungen das präatrophische oder Infiltrationsstadium erkennen läſst. Das syphilitische Exanthem war durch ein unmittelbares, präatrophisches Stadium vertreten in den von Wilson, Nivet, Balzer, Mauriac, Balzer und Reblaub, Vasilin, Wickam, Herscher, Fournier, Balzer und Faure, Danlos, Dehérain, Balzer und Deshayes angeführten Fällen. In dem Falle von Mibelli mag nun ein solches präatrophisches Stadium ebenfalls existiert haben, jedoch eine geraume Zeit zurück; im gleichen Sinne müssen offenbar die Fälle von Balzer, Oppenheim, Danlos aufgefaſst werden; diese Autoren haben nämlich eine Erklärung dafür erbracht, warum die Maculae atrophicae an einem Orte auftreten, wo zuvor kein präatrophisches eruptives Element klinisch konstatiert worden war. Wenn nämlich dieses Element trotz seines Vorhandenseins zuweilen der Beobachtung nachlässiger Patienten entgehen kann, so bleibt es andererseits erwiesen, daſs es uns nur ganz unvollkommene Indizien über die Intensität des Infiltrationsprozesses zu geben vermag; die Infiltration kann sich nämlich zuweilen mehr nach der Tiefe als nach der Fläche entwickeln. In Übereinstimmung mit den bereits oben von uns auseinandergesetzten pathogenetischen Betrachtungen zur Erklärung der Tatsache, warum dieses spezifische eruptive Element, Erythem oder Papel, nur selten eine Atrophie zurückläſst, können wir uns folgendes vorstellen: Wahrscheinlich besteht bei gewissen Individuen eine besondere Empfindlichkeit, Verwundbarkeit des elastisches Gewebes; auf das letztere würde dann auſser den syphilitischen Toxinen, das durch diese Toxine selbst beeinfluſste Nervensystem wirken. Dies würde nun im Einklange stehen sowohl mit der Ansicht von Mibelli als auch mit der Auffassungsweise von Fordyce, betreffend einen Fall, den er im Jahre 1904 mitgeteilt hat: Bei einer 40jährigen, nervösen Frau zeigten sich auf dem Körper runde, rote Flecke, von denen einige ohne Spuren zu hinterlassen ver-

schwanden; andere dagegen bildeten atrophische Plaques. Nachdem sich später bei der Patientin Störungen syphilitischer Natur im Gebiete des zentralen Nervensystems bemerkbar gemacht hatten, glaubte sich FORDYCE zu der Annahme berechtigt, daſs die Syphilis die direkte oder indirekte Ursache gleichzeitig der nervösen Erscheinungen und der umschriebenen Hautatrophien sei.

Diese genau definierten ätiologischen Betrachtungen rufen eine andere in uns wach: Man kann sich nämlich leicht vorstellen, daſs auch bei einigen umschriebenen idiopathischen Hautatrophien diese spezifische Ätiologie in Frage kommen kann; wie es nämlich Fälle von Syphilis gibt, die dem Auge des beobachtenden Arztes entgehen, so könnten auch die atrophischen Flecke in dem einen oder anderen Falle die einzige klinische Manifestation der Lues vorstellen. Andererseits ist es wohl auch möglich, daſs zuweilen die atrophischen Flecke, in Anbetracht der verschiedenen ätiologischen Momente gewisse charakteristische Merkmale aufweisen, sei es nun in bezug auf Gestalt, Gröſse, Ausdehnung oder auf Topographie und Anordnung. Im allgemeinen haben diese Umstände die Aufmerksamkeit der Forscher wenig beansprucht; aber es ist nicht unmöglich, daſs aus denselben für die Diagnose wichtige Anhaltspunkte geschöpft werden können. Wenn sie auch als Endzustände keinen absoluten Wert haben, so bleibt nicht ausgeschlossen, daſs man sie einer gemeinsamen Ursache unterordnen kann, indem man sich auf homologe Betrachtungen stützt, nachdem man sie unter gleichartigen klinischen Verhältnissen in zwei parallelen Serien von Fällen beobachtet hat, von denen den einen bekannte, den anderen unbekannte Ursachen zugrunde liegen. In der Literatur findet man als idiopathische umschriebene Hautatrophien auch einige Fälle beschrieben, die man als atypische Formen bereits in klinischer Richtung bekannter aber ätiologisch noch dunkler Dermatosen betrachten muſs. So wäre z. B. der Fall von Purpura atrophicans von POSPELOW, den dieser Autor mit der Anetodermie von JADASSOHN verglich, als Purpura und nicht als Atrophie in Betracht zu ziehen, indem die Atrophie nur eine sekundäre Erscheinung darstellt und im Gefolge der hämorrhagischen Flecke auftritt, welche letztere den morphologischen Ausdruck der Purpura bilden. Auch der Begriff Purpura bedeutet, gleichwie derjenige von Atrophie, ein sich regellos Zusammenfinden von ätiologisch dunklen und disparaten Tatsachen; er darf somit nicht als Basis einer dermatologischen Klassifikation dienen.

Der Fall von POSPELOW, sowie einige atrophische Formen umschriebener Sklerodermie oder Morphea, wurden von HEUSS zu den sekundären oder symptomatischen umschriebenen Hautatrophien gezählt. Im Jahre 1868 hatten WILSON, 1878 LIVEING, 1883 DUHRING die Maculae atrophicae der Morphea untergeordnet. DUHRING schrieb damals,

daſs die Maculae atrophicae mit der Morphea enge Verbindungen habe. Eine solche Auffassungsweise hatte offenbar ihren Grund in dem Umstande, daſs nicht angenommen wurde, die umschriebene Sklerodermie könne zuweilen ein sehr ausgesprochenes atrophisches Stadium aufweisen. In diesem Sinne müssen auch heutzutage die Fälle von Duhring (1892), Crocker (1893), Taylor, Sherwell (1893), Metscherski (1902) aufgefaſst werden. Wie es nun aber typische Fälle von umschriebener Sklerodermie gibt, die in ein sehr ausgesprochenes atrophisches Endstadium übergehen, so müssen wir andererseits auch hervorheben, daſs abgeschwächte atypische Formen von Morphea vorkommen, die sich in ihrem klinischen Aussehen sehr an die Atrophien anschlieſsen. Bei diesem Anlasse mag hier an einen Fall von Jeanselme erinnert werden:

53 jähriger Mann mit einer symmetrisch verteilten, besonders auf den seitlichen Thoraxpartien lokalisierten Dermatose, in Gestalt von Plaques mit unregelmäſsigen Rändern infolge Zusammenflieſsens mehrerer benachbarter kleinerer Effloreszenzen; bei einigen dieser Plaques ist das Zentrum eingesunken, von grauvioletter Farbe; der Rand ist rot, etwas erhaben. Es ist nicht leicht festzustellen, ob es in diesen Plaques zu atrophischen Erscheinungen gekommen ist; die Epidermis ist sicher etwas eingeschrumpft, trocken, mit rauher Oberfläche; die Haare sind unverändert. Andere Plaques haben ein narbenartiges Aussehen, sind achromisch und zeigen feine kapillare Erweiterungen. Keine dieser Plaques zeigt die für die Morphea charakteristische Härte. Die Sensibilität ist unverändert. Nervöse Heredität und nervöses Temperament nach einem Typhus vor 21 Jahren. Nervöser Tic und ab und zu Verlust des Sprachvermögen. Nervöse und arthritische Erscheinungen, wie man sie bei der Sklerodermie antrifft.

Ebenso hat Brocq auf einer Sitzung des dermatologischen Vereins in Toulouse einen ähnlichen Fall bei einem Neuropathischen vorgestellt. Jeanselme, in Übereinstimmung mit Brocq, ist der Ansicht, daſs diese Fälle Übergangsformen darstellen oder, besser gesagt, daſs sie ein Verbindungsglied zwischen Sklerodermie in typischen Plaques und den sogenannten umschriebenen Hautatrophien bilden. Im Jahre 1901 hat Juliusberg in der dermatologischen Gesellschaft zu Breslau einen Fall unter der Bezeichnung „Circumskripte, flächenhafte Atrophien oder Sklerodermie der Haut?“ vorgestellt.

53 jährige Frau, bei der sich ohne vorausgegangene entzündliche Erscheinungen an verschiedenen Körperstellen Atrophien zeigten. Seit 10 oder 20 Jahren bestanden, ohne jemals irgendwelche Veränderung aufgewiesen zu haben, auf der Brust ein etwas gröſserer Herd, ein anderer auf dem rechten Vorderarme und drei kleinere auf dem linken Oberschenkel. Vor einem Jahre soll ein weiterer etwas gröſserer Herd auf

dem linken Ellenbogen aufgetreten sein. Alle diese Plaques sind glänzend, scharf begrenzt, leicht bräunlich pigmentiert und lassen sich in feinen Falten aufheben. Der zuletzt aufgetretene Herd ist 1/2 cm breit, umgeben von einem blaſsrosaroten Saume, der an den „lilac ring" der Sklerodermie erinnert. Objektive oder subjektive Störungen der Sensibilität haben niemals bestanden.

Auch mein zweiter Fall läſst sich mit diesen atypischen Fällen von Sklerodermie vergleichen, welche letztere man als sogenannte Übergangsformen zu den umschriebenen Hautatrophien aufgefaſst hat. In meinem Falle entsprach der histologische Befund der Heussschen Formel für die Atrophia maculosa cutis. während im histopathologischen Befunde der typischen Sklerodermie das elastische Gewebe gut erhalten ist. Gehen wir somit aus von einigen Formen von Sklerodermie, wie z. B. der von Unna als „kartenblättchenähnliche Form" beschriebenen, so konstatieren wir auch, daſs im zweiten Stadium das elastische Gewebe stark atrophisch ist. Daraus läſst sich nun leicht ableiten, daſs bei den Sklerodermien mit ausgesprochenem atrophischen Stadium oder den atypischen Formen dieser Affektion auch vom histopathologischen Gesichtspunkte aus solche Merkmale bestehen, daſs man die Dermatose an die Seite der umschriebenen Hautatrophien stellen kann.

Man braucht hier nur an den Fall von de Beurmann und Gougerot zu erinnern, welcher, für ein Tuberkulid erklärt, von Thibierge als atypischer Lupus erythematosus aufgefaſst wurde. Es wurde nämlich von den Autoren eine gewisse Ähnlichkeit mit der Morphea herausgefunden, weshalb der Fall mit demjenigen von Jeanselme verglichen wurde; dieser letztere aber war bekanntlich als eine Übergangsform zwischen der atypischen Sklerodermie und den sogenannten umschriebenen Hautatrophien beschrieben worden. Unter den verschiedenen infektiösen Zuständen, welche dem Auftreten der Sklerodermie vorangehen können, hat Besnier zuweilen den Einfluſs der Tuberkulose notiert, während andere sie mit der Syphilis in Zusammenhang bringen wollten. Auf diese Weise würden sich die morphologisch klinischen Analogien zum Teil aus den möglichen ätiologischen Analogien erklären lassen. So hat Respighi einen Fall beschrieben, wo bei einem Manne an Stelle der kleinen erythematösen Plaques eines Syphiloderma kleine Sklerodermie-Plaques getreten sind. Ebenso will Matzenauer (1903) bei einem Mädchen eine Mischung von Sklerodermie Plaques und syphilitische Papeln gesehen haben. Diese beiden Fälle könnten vielleicht eher den Gedanken an sekundäre umschriebene Hautatrophien nach erythematösen und papulösen Eruptionen erwecken, solche Atrophien nämlich die der Morphea ähnliche Merkmale angenommen haben.

Andererseits führt uns die Annahme eines toxischen ursächlichen Faktors (Tuberkulose oder Syphilis) zur Betrachtung anderer Typen von

Dermatosen, die vom ätiologischen Standpunkte aus eine bedeutende Stütze in der Theorie besonderer Autointoxikationen gefunden haben, und welche zuweilen einen gemeinsamen Ausgang in Atrophie nehmen, obschon sie sich morphologisch von einander nicht unbeträchtlich unterscheiden, so daſs man sie zu distinkten Gruppen rechnen könnte. In der Literatur findet man denn auch einige seltene Fälle von Erythemen und Urticaria in diesem Sinne beschrieben. HALLOPEAU hat unter anderen drei Fälle von Urticaria pigmentosa erwähnt, die mit Atrophie heilten. Unter der Bezeichnung „eritema orticato atrofizzante" hat PELLIZZARI im Jahre 1884 über einen 45jährigen Gärtner berichtet, bei dem in verschiedenen Schüben und ohne Begleitung von subjektiven Beschwerden, an den seitlichen Thoraxpartien, an den Oberschenkeln, den Armen, flache Erhabenheiten aufgetreten waren, die infolge ihrer rosaroten Farbe, ohne Hofbildung, Urticariaquaddeln ähnlich sahen; in Wirklichkeit handelte es sich aber nicht um Quaddeln, da einmal das Jucken fehlte, und sie erst nach langer Zeit abblaſsten, indem sie sich in ovale, linsenförmige oder bis zweicentimestückgroſse atrophische Plaques umwandelten.

Im Jahre 1889 beschrieben BALZER und REBLAUB einen Fall von „érythème polymorphe dissociant"; die Bezeichnung „dissociant" entsprach dabei dem „état vergeturoïde", mit dem man damals das auf das papulöse Stadium folgende atrophische bezeichnete. Das papulöse Stadium war charakterisiert durch das Auftreten von roten Papeln, die gleichzeitig neben einem Erythema nodosum der unteren Extremitäten und flüchtigen, juckenden Urticariaquaddeln vorkamen.

Diesen ähnliche Fälle von Erythemen sind auch von MAJOCCHI und JORDAN beschrieben worden, vom ersteren im Jahre 1895, vom letzteren im Jahre 1904.

WECHSELMANN legte den Fall von PELLIZZARI als Lichen planus atrophicus aus, indem er in der abgeflachten Quaddelform das morphologische Äquivalent der flachen Lichenpapel erblickte. In der Tat kann nämlich auch der Lichen planus zuweilen mit Atrophie abschlieſsen, und zwar in ziemlich ausgebreiteter Weise, was zur Aufstellung einer besonderen Varietät des Lichen atrophicus geführt hat. Ich habe in einer meiner letzten Arbeiten über einen Fall dieser besonderen Varietät von Lichen berichtet unter Aufzählung all der früher beobachteten (KAPOSI, HALLOPEAU, DARIER, PAWLOW, SCHWIMMER, STÖWERS, ORBACK, ZARUBIN, SCHÄFFER, REISS, HALLOPEAU und RENAULT, HOFFMANN, ALLEN). Die Diagnose von Lichen planus atrophicus gestaltet sich zuweilen zu einer sehr schwierigen, dann nämlich, wenn die Anamnese fehlt oder gleichzeitig Herde von wirklichem Lichen planus existieren. KAPOSI, der zum erstenmal einen Lichen planus atrophicus gesehen hat, bei dem nicht zu gleicher Zeit typische Papeln bestanden, dachte zuerst an einen Lupus erythematosus

und berichtigte seine Diagnose erst, als nach zwei Monaten in der Nähe der atrophischen Plaques Lichenpapeln auftraten. Auch WECHSELMANN stellte fürs erste Mal seinen Fall von Lichen planus atrophicus als Atrophia maculosa cutis vor. Obschon nun die Bezeichnung Lichen den Begriff von etwas Idiopatischem im ätiologischen Sinne in sich trägt, so kann nicht geleugnet werden, daſs unter Lichen eine morphologisch wohl charakterisierte Dermatose zu verstehen ist. Die oben erwähnten Tatsachen bekunden jedenfalls, daſs der seltene Ausgang einer wohlbekannten Dermatose, wie z. B. des Lichens, die Sicherheit der Diagnose erschwert, indem sie das Vorhandensein einer idiopathischen Atrophia maculosa cutis vermuten läſst. In meiner oben angedeuteten Arbeit habe ich die Beziehungen des sklerös-atrophischen Lichen planus zu den sogenannten umschriebenen Hautatrophien untersucht und habe dabei auf eine ganze Reihe von Analogien hingewiesen, welche dieser Lichen einerseits mit dem Lupus erythematosus von THIBIERGE, andererseits mit den atypischen Sklerodermien hat (Lichen planus morpheicus, von STÖWERS). Solche Betrachtungen, die auch im histopathologischen Befund eine Stütze gefunden, haben gewiſs ihre Wichtigkeit in diesem Kapitel der sogenannten umschriebenen Hautatrophien.

HEUSS hat noch zwei andere Gruppen fleckartiger Hautatrophien studiert, nämlich:

1. Die sekundären atrophischen Maculae nach der regressiven Involution von Tumoren, besonders bei Bindegewebstumoren (Fall von DE AMICIS, Fall von PLONSKI).

2. Die sekundären atrophischen Maculae mit Bildung von Tumoren besonders bei Keloiden. Diese Gruppe umschlieſst Fälle von JADASSOHN, SCHWIMMER, VON SCHWENINGER und BUZZI. Diese Fälle, die ich in meiner bereits angeführten Arbeit aus histogenetischen Gründen dem Lichen planus keloidoides von PAWLOW, sowie dem Falle von syphilitischen Leukatrophien mit Keloiden von HERSCHER an die Seite gestellt habe, sind dagegen von IWANOW, in Übereinstimmung mit JADASSOHN, nicht als Atrophia maculosa cutis im Sinne von HEUSS ausgelegt worden. IWANOW erinnert bei dieser Gelegenheit an die weiſsen narbenartigen atrophischen Flecke in der Umgebung der Follikel, wie man sie ziemlich häufig bei der Topographie der Acne vulgaris antrifft und welche eben mit abortiven, unvollständigen Formen von Acne vulgaris im Zusammenhange stehen. An die Seite dieser Fälle von IWANOW muſs der Fall von Atrophodermia guttata gestellt werden, der von ABRAHAM beschrieben wurde; dort nämlich wurden auf dem Rücken und auf der Brust narbenartige atrophische Flecke konstatiert, die gleichzeitig neben typischen Akneeffloreszenzen bestanden. Gestützt auf die Angaben des Patienten, welcher sie als spontan aufgetreten angab, verglich sie ABRAHAM mit der Anetodermie von JADASSOHN, während

sie HEUSS irrtümlicherweise als wirkliche Aknenarben betrachtete. Bedenkt man ferner, daſs nach der Ansicht von THIBIERGE die Anetodermie von JADASSOHN in den Rahmen des atypischen Lupus erythematosus gehört, so kommen wir, was die Ätiologie anbelangt, zu ganz bedeutenden Divergenzen.

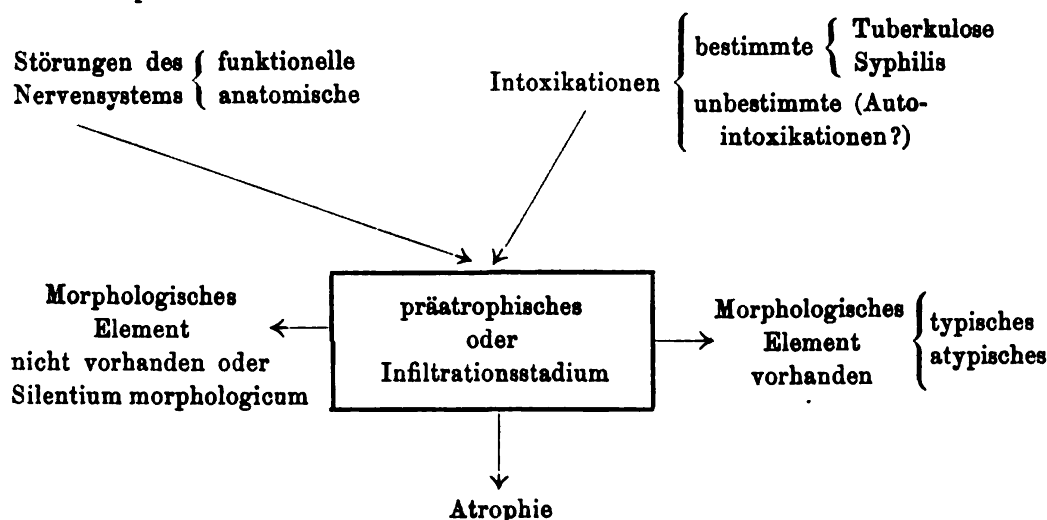
Wie ich bereits angedeutet, muſs einer der wichtigsten Faktoren bei der Pathogenese der sogenannten umschriebenen Hautatrophien im Nervensystem gesucht werden. Die umschriebene Hautatrophie kann ihrerseits der symptomatische Ausdruck einer wirklichen oder latenten, funktionellen oder anatomischen Störung des Nervensvstems sein. Diese Störung kann ihrerseits für sich den hervorragendsten Faktor bilden, wie in der Gruppe der symptomatischen umschriebenen Hautatrophien, die DUHRING im Jahre 1883 also beschrieben hatte: partielle Atrophien infolge trophischer Veränderungen, verursacht durch traumatische Läsionen eines Nerven, die auf den Inervationsbezirk dieses Nerven beschränkt bleiben und häufig mit Sensibilitätsstörungen verbunden sind. Diese Gruppe hatte HEUSS nicht als Atrophia maculosa cutis betrachtet; zu ihr gehören Fälle von OHMAN DUMENIL, SHERWELL, BRONSON, KOLACZECK, MAJOCCHI (der nicht veröffentlicht). Besonders interessant ist der Fall von MAJOCCHI, der sich auf einen siebenjährigen Knaben bezieht, bei welchem nach einer Verletzung im Gebiete des Nerv. supraorbitalis eine Atrophie auf der Stirnhaut aufgetreten war; diese atrophische Plaque dehnte sich dann später über die Kopfhaut derselben Seite aus, wo man infolgedessen eine kahle Stelle bemerkte, sowie auf den Gaumen, der gefurcht erschien. Zu bemerken ist, daſs auf der Stirn, um die atrophische, achromische Zone herum ein hyperchromischer Bezirk mit juckenden Papeln zu sehen war.

Bereits WILSON hatte an eine Beziehung der Hautatrophien zu Nervenstörungen gedacht, als er im Jahre 1867 seine „Striae atrophicae neuroticae“ beschrieb. BROWNING hat bei gewissen nervösen Affektionen (schwere Hysterie, progressive Muskelatrophie, spasmodische Tabes) die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein von peripilären umschriebenen Hautatrophien an den Extremitäten, besonders den unteren, gelenkt. ZINNSER beschrieb bei einem zwölfjährigen Mädchen weiſse atrophische Flecke auf den Hand- und Fuſsrücken; gestützt auf die symmetrische Verteilung derselben nimmt er an, daſs sie von nervösen Störungen abhängen.

Der Einfluſs des Nervensystems ist übrigens bereits in Betracht gezogen worden bei der Pathogenese der syphilitischen Atrophien (MIBELLI, FORDYCE) und bei denjenigen Dermatosen (Erytheme, Urticaria pigmentosa, Sklerodermie, Lichen planus), wo zwar die Atrophie als terminaler Zustand ziemlich selten war. In meinem ersten Falle war die Patientin tuberkulös und die atrophischen Plaques zeigten eine zoniforme Anordnung.

Gestützt auf die obigen Betrachtungen kann man sich vorstellen, daſs

bei der Bildung der atrophischen Plaques das Nervensystem unter der Triebfeder bekannter (Syphilis, Tuberkulose) oder unbekannter Toxine (Autointoxikationen?) seine Wirksamkeit entfaltet. Dies kann nun durch Vermittlung eines präatrophischen Stadiums unter Auftreten typischer (morphologisch klassifizierbarer Dermatosen) oder atypischer morphologischer Elemente geschehen; oder aber dieses Zwischenstadium kann durch morphologisch nicht klassifizierbare Dermatosen vertreten sein, indem äußerlich nachweisbare Manifestationen fehlen. Aus dem bisher Gesagten läßt sich nun ein allgemeiner ätiologischer oder pathogenetischer Begriff ableiten, welcher die Synthetisierung aller Fälle von sogenannten umschriebenen Hautatrophien erlaubt.



Unna unterscheidet die Hautatrophien in idiopathische und deuteropathische. Die letzteren umfassen:

a) solche nach Dermatosen;
b) solche nach Nervenkrankheiten;
c) solche nach allgemeinen Infektionskrankheiten (Syphilis, Tuberkulose, Lepra).

Nach dem, was wir in den vorausgegangenen Abschnitten über den allgemeinen ätiologischen Begriff auseinandergesetzt haben, scheint die genannte Klassifikation von Unna nicht mehr der Kritik standhalten zu können. Dasselbe gilt von der Unterscheidung der Hautatrophien in idiopathische und symptomatische oder primäre und sekundäre.

Um an der Bezeichnung „idiopathische umschriebene Hautatrophien" festhalten zu können, sollte man zuerst bestimmen, ob die Hautatrophien, die wir sekundär nennen, einen ätiologisch oder vielmehr bloß einen morphologisch bekannten Krankheitstypus darstellen; sehr oft nämlich sind unsere dermatologischen Klassifikationen rein morphologisch. Die Gruppe der idiopatischen umschriebenen Hautatrophien ist eine provisorische:

sie muſs aus der dermatologischen Klassifikation eliminiert werden, da sie einer wirklichen Basis entbehrt. Diese Atrophien sind nämlich, wie sich NICOLAS und FAVRE ausdrücken, nur scheinbar idiopathisch. Die Atrophie ist immer ein Symptom, ein Ausgang, und stellt nicht den ganzen Prozeſs dar. Es ist somit gewiſs auch nicht richtig, wenn sie als Konvergenzpunkt in ihrem Wesen disparater und divergierender Affektionen benutzt werden, welche letztere als Verlaufsatypien, als histologische und klinische Aberrationen von bestimmten selbständigen Affektionen anzusehen sind. Wenn man auch die Hautatrophien, die in einem ätiologischen Zusammenhange mit der Tuberkulose oder der Lues stehen, als wirklich symptomatisch betrachten will, so muſs dies auch mit den anderen geschehen, wo dieser Faktor nicht nachweisbar ist, obwohl hier das ätiologische Prinzip weniger klar zutage liegt, wobei man sich des oben angeführten Schemas bedienen kann. Wenn diesen Betrachtungen zufolge die Atrophie den gemeinsamen Epilog ätiologisch disparater Formen darstellt, so wird man auch begreifen, wie es auf demselben ätiologischen Boden zur Atrophie kommen kann, sei es nun durch Vermittelung eines morphologisch nachweisbaren, jedoch nicht immer typischen, oder durch ein morphologisch nicht nachweisbares Zwischenstadium; darunter verstehen wir stets mehr oder weniger ausgesprochene, mehr oder weniger oberflächliche und infolge dessen mehr oder weniger klinisch in die Erscheinung tretende präatrophische dermitische Erscheinungen. So müssen also die idiopathischen, oder genauer ausgedrückt, die ätiologisch kryptogenen Hautatrophien als ein Terminalzustand betrachtet werden, zu dem, jedoch nicht notwendigerweise, jene Dermatosen gelangen können, die unter einen morphologisch-klinischen wohl bekannten Typus klassifiziert worden sind, obwohl sie vom ätiologischen Standpunkte aus noch undeutlich begrenzt sind (Sklerodermie, Erythema, Lichen planus). Es ist mit anderen Worten wahrscheinlich, daſs es atypische Formen im morphologisch-klinischen Sinne gibt, wie z. B. die Fälle von JEANSELME, JULIUSBERG, mein zweiter Fall, der atypische Lupus erythematosus von THIBIERGE. Diese Fälle würden einen Übergangstypus zwischen den klinisch-morphologisch genau abgegrenzten Dermatosen und den sogenannten umschriebenen Hautatrophien bilden. Danach würde bisweilen die Atrophie das Schluſssymptom bilden, auf das es ganz verkehrt wäre, sich bei der Benennung einer Krankheit stützen zu wollen, wie KAPOSI meint. Ausgehend von diesen Betrachtungen wird man die Bezeichnung „idiopathische umschriebene Hautatrophien" ersetzen können entweder durch die von OPPENHEIM bereits vorgeschlagene „atrophisierende umschriebene Dermatiten" oder besser durch „atrophisierende umschriebene Neurotoxidermiten"; dabei wird dem allgemeinen ätiologischen Begriffe Rechnung getragen, ebenso dem Begriffe Atrophie als sekundäre Erscheinung. Mit dieser generischen Bezeichnung werden

die umschriebenen Hautatrophien als Atypien unter die verschiedenen Klassifikationen von Dermatosen relegiert, welche entweder ätiologisch und klinisch oder nur klinisch wohl bekannt sind (Tuberkulose und Syphilis einerseits, Sklerodermie, Erytheme usw. andererseits).

In einer unlängst veröffentlichten Arbeit „Zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophien" beschränkt sich Rusch darauf, die Ansicht von Rille über den Fall von Anetodermia erythematodes (Jadassohn), die beiden Fälle von Atrophia maculosa cutis (Heuss) und den Fall von „Atrophodermie en plaques à progression excentrique" von Thibierge. „Rille ist der Ansicht, daſs diese übrigens recht seltenen Krankheitsbilder keineswegs zur idiopathischen Atrophie zählen, sondern im dermatologischen System neben den Striae cutis distensae ihren Platz zu finden hätten." Damals hatte Rusch die letzte Arbeit von Thibierge noch nicht gelesen. Wenn der pathologisch-anatomische Befund in den Fällen von Jadassohn und von Heuss bereits genügt zur Vernichtung der Vermutungen von Rille, so braucht es auch im Falle von Thibierge keiner langen Auseinandersetzungen, um darzutun, daſs es unnütz wäre, einen Lupus erythematosus von den Striae distensae zu differenzieren. Die frühere Auffassungsweise der französischen Schule, die heute nicht mehr in Frage kommt (vergetures rondes), kann sich ebenfalls nicht auf die Behauptungen von Rille berufen, wie dies Balzer zugibt.

Rille hat die Bezeichnung „umschriebene Hautatrophien" auf eine Krankheit angewendet, die angeblich in einem verhältnismäſsig jugendlichen Alter beginnt, unter dem Bilde von kleinen isolierten oder multiplen Herden von blaſsroter oder blaſsgelber Farbe auftritt und einer Pityriasis rosea oder einer Psoriasis vulgaris mit geringer Desquamation ähnlich sieht. Diese Herde erreichen nach Jahren den Durchmesser eines Talers oder eines Handtellers und darüber. Auf dem dermatologischen Kongresse zu Straſsburg (1898) stellte Rille einen Fall von idiopathischer Hautatrophie vor, die er mit der Erythromelie von Pick verglich. Bei dieser Gelegenheit lieſs er sich in eine Diskussion über einen Fall von Neumann ein, betreffend einen 23jährigen Mann, der seit zehn Jahren an einer Affektion litt, welche er für identisch erklärte mit der „érythrodermie pityriasique en plaques disséminées", die Brocq beschrieben hatte. Bei dieser Form fehlen Infiltrationserscheinungen der schwach rötlich gefärbten und mit kleinen Schuppen besetzten Plaques, weshalb sie Brocq als eine Art von gutartiger Pityriasis rubra in umschriebenen Herden betrachtet hatte. Auf diese von Brocq, Rille und dann auch von Török studierte Dermatose ist durch Rusch die Aufmerksamkeit gelenkt worden, auf daſs sie von einer anderen, ganz verschiedenen Affektion unterschieden werde, nämlich

der Pityriasis lichenoides chronica (Dermatitis psoriasiformis nodularis), in welchen Fehler Brocq und Török verfallen wären. Rille findet zwischen diesen zwei Dermatosen wesentliche morphologische und klinische Unterschiede. Während es sich nämlich bei der Pityriasis lichenoides chronica um einen wahren papulösen Prozefs handelt, wo die Flecke die weitere Entwicklung der primären Papel repräsentieren, zeigen sich bei der Erythrodermie keine Papeln, sondern ovale oder runde Plaques ohne Infiltration, von blafsroter Farbe, mit feinen spärlichen Schuppen. Mit anderen Worten: bei dieser Erythrodermie lassen sich die atrophischen Herde, die sich stets vergröfsern, nicht auf eine Regression von Papeln zurückführen. Rusch erwähnt bei diesem Anlafs einen Fall von Brocq, welcher eine 60jährige Frau betrifft; die Dermatose hatte bei ihr im Kindesalter begonnen; ferner führt er drei Fälle von Rille an, von denen der eine im Januar 1901 veröffentlicht wurde und der einen 40jährigen Mann betrifft, bei dem hauptsächlich die Gliedmafsen befallen waren. Die beiden anderen (1903 und 1904) beziehen sich auf einen Soldaten mit Sitz der Affektion am Rumpfe, resp. auf einen 40jährigen Mann, wo die Affektion wieder ihren Sitz auf den Gliedmafsen hatte.

Auch Török beschrieb im Jahre 1901 zwei ähnliche Fälle als „in zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermien". Rusch stützt sich auf den histologischen Befund, welcher die Beschreibung anderer Fälle von „érythrodermie pityriasique en plaques disséminées" von James und Charles J. White und bestätigt die Hypothese von Rille, indem er die von Brocq beschriebene Dermatose mit der idiopathischen Hautatrophie identifiziert. Die Fälle von Jadassohn (Anetodermie) und von Heuss (Atrophia maculosa cutis) sind nach der Ansicht von Rille keine idiopathischen Hautatrophien, weil sie kaum angedeutete entzündliche Erscheinungen aufweisen, während bei den idiopathischen Hautatrophien die entzündlichen Phänomene im histologischen Befunde eine hervorragende Rolle spielen. Gerade zu diesen letzteren würde denn auch die „érythrodermie pityriasique en plaques disséminées" von Brocq gehören, mit ihrem Charakter einer umschriebenen idiopathischen Hautatrophie. Gestützt auf die Tatsache, dafs die diffusen und die umschriebenen idiopathischen Hautatrophien in histologischer und klinischer Beziehung einander ähnlich sind, ferner auf die weitere Tatsache, dafs in gewissen Fällen neben diffusen Hautatrophien auch umschriebene Herde vorkommen, kommt Rusch zum Schlusse, dafs die Ziehung einer scharfen Grenzlinie zwischen diffusen und umschriebenen Hautatrophien unberechtigt ist.

Mir scheint es jedoch ratsamer, sich der Ansicht Brocqs anzuschliefsen und die Erythrodermia pityriasica in disseminierten Plaques nicht als eine umschriebene Hautatrophie im Sinne von Rille zu betrachten, sondern als eine atypische Form von Psoriasis (Parapsoriasis) und zwar sowohl

auf Grund der morphologischen Merkmale als wegen des Verlaufes. Es bleibt nämlich gar nicht ausgeschlossen, daſs die Psoriasis in einer ihrer Varietäten in Atrophie ausarten kann unter Voraussetzung eines dermitischen Prozesses, welcher in jedem Falle die histologische Basis bildet.

In der Gruppe der idiopathischen Hautatrophien (Rille) unterscheidet Rusch auſser den umschriebenen Hautatrophien (Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées von Brocq) noch zwei Klassen von diffusen Hautatrophien; zu der ersteren zählte er diejenigen, bei welchen entzündliche Erscheinungen zwar nicht klinisch, wohl aber histologisch nachweisbar sind (Typus von Buchwald). Zur zweiten würden die gehören, bei denen jene entzündlichen Erscheinungen auch klinisch erkennbar sind (Erythema paralyticum von Neumann, Erythromelia von Pick, Acrodermatitis atrophicans chronica von Herxheimer und Hartmann). Zwischen diesen beiden Klassen bestehen Zwischenformen. Diese Kombination von Rusch ist in letzter Zeit von Beck einer Kritik unterzogen worden, weil es sich um Gruppierungen auf ganz hypothetischer Basis handelt, die sich hauptsächlich auf einen klinischen Endzustand stützen, während das ätiologische Moment, das keineswegs in allen Fällen dasselbe ist, ganz unbestimmt belassen wird.

Die Klassifikation von Rusch führt uns zurück auf unsere Betrachtungen über die umschriebenen Hautatrophien. Wir haben nämlich bei denselben einen Unterschied gemacht zwischen den Atrophien mit bloſs histologisch nachweisbaren und denen mit histologisch und morphologisch nachweisbaren entzündlichen Erscheinungen im präatrophischen Stadium. Sicher ist, daſs beim histologischen Vergleiche der von Rusch und den von uns selbst (mit Ausschluſs der umschriebenen Formen von Rille oder érythrodermie pityriasique en plaques disséminées von Brocq) anerkannten Formen bedeutende Unterschiede bestehen: das histologische Bild in den Gruppen von Rusch stimmt nicht überein mit der von Heuss für die umschriebenen Formen aufgestellten histologischen Basis.

Mit allem dem kann aber nicht geleugnet werden, daſs in einzelnen Fällen zwischen den diffusen und umschriebenen Formen Ähnlichkeiten in der Art des Auftretens, des Verlaufs und in bezug auf andere klinische Erscheinungen bestehen.

Unter Hinweis auf das, was wir weiter oben über die atypischen umschriebenen Sklerodermien gesagt haben, soll hier auch bemerkt werden, daſs auch bei einigen Fällen der Gruppe von Rusch auf die Sklerodermie hingewiesen wird (Fall von Riehl, 1904): „sie erinnern in mancher Beziehung an sklerodermaartig veränderte Haut". Im Jahre 1904 hat Metscherski eine Arbeit über die progressive idiopathische Hautatrophie und deren Beziehungen zu der Sklerodermie erscheinen lassen. Diesem Autor zufolge „ist die Existenz einer idiopathischen progressiven Atrophie der Haut als

solche nicht bewiesen, denn das unter diesen Namen von den ersten Beobachtern beschriebene Krankheitsbild ist nur der Ausgang vorhergegangener Veränderungen der Haut. Es ist das natürliche letzte Stadium einer Dermatose (Sklerodermie), welche durch eine ganze Reihe von Beobachtungen genau und klar charakterisiert wird. Die Sklerodermie und die idiopathische progressive Atrophie der Haut haben augenscheinlich dieselbe Ätiologie und Pathogenese, da beide aus ein und denselben primären Veränderungen der Haut hervorgehen, oft gleichzeitig bestehen und ganz denselben Verlauf haben".

Derselbe Rusch hat im Jahre 1906 eine 55jährige Frau gesehen, bei welcher er neben den klinischen Phänomenen einer idiopathischen Atrophie der Haut auch Herde von umschriebener Sklerodermie konstatiert hat, ähnlich der von Unna als Kartenblättchenform beschriebenen Varietät. Diese Herde umschriebener Sklerodermie verwandelten sich nach zwei Jahren derart, daſs man sie von den Atrophien der anderen Körpergegenden nicht unterscheiden konnte.

Nach Oppenheim unterscheidet man bei der Sklerodermie einen klinischen Typus, der stets unter der Form umschriebener Plaques auftritt (Morphea) neben einem anderen, wo die Plaques eine Neigung zeigen, sich ausdehnen und schlieſslich einer diffusen Sklerodermie ähnlich sehen. In gleicher Weise sollte man, meint Oppenheim, auch zwei Typen von Atrophiae maculosae unterscheiden; die einen behalten stets ihre Gestalt bei und bilden groſse umschriebene Plaques; die anderen dagegen zeigen sich unter der Gestalt von kleinen Flecken, neben diffusen Atrophien über ausgedehnte Hautbezirke. Oppenheim führt dann einen Fall dieses letzteren Typus an, den er den Fällen von Moberg, Neumann und dem XII. Fall von Acrodermatitis atrophicans von Herxheimer und Hartmann an die Seite stellt. Alle diese Fälle, mit Ausnahme desjenigen von Neumann, weisen mehr oder weniger ausgesprochene diffuse Atrophien an den Lokalisationsstellen der Acrodermatitis auf. Zu dieser Gruppe rechnet Oppenheim auch die Anetodermie von Jadassohn, während er in die erste Gruppe von Atrophien, d. h. denjenigen, die stets einen makulösen Charakter beibehalten, folgende Fälle zählt: seinen ersten Fall, den Fall von Galewski, den ersten Fall von Heuss und denjenigen von Fournier-Besnier. In bezug auf die Fälle von Thibierge, den zweiten von Heuss, von Nielsen, de Beurmann und Gougerot und du Castel folgt er der Ansicht von Thibierge. Wir wollen hier nicht noch einmal auf die von Oppenheim bei diesem Gegenstande geäuſserte Kritik zurückkommen. Wir wollen nur hervorheben, daſs gerade Oppenheim in Übereinstimmung mit unseren eigenen Ansichten auf die Analogien zwischen Hautatrophien und Sklerodermie in ihren diffusen und umschriebenen Formen hingewiesen hat. Dies läſst nämlich unsere Hypothesen, die wir bei der Behandlung

der Ätiologie und Pathogenese der umschriebenen Atrophien der Haut (Fälle von JEANSELME, BROCQ, JULIUSBERG, unser zweiter Fall) bereits auseinandergesetzt haben, um so wahrscheinlicher erscheinen. Die Atrophien der Haut (METSCHERSKI) müssen aber von ihrem Konvergenzpunkte, wo sie sich heutzutage in ganz unberechtigter Weise vereinigt finden, herausgenommen und als Atypien in die verschiedenen Klassen von Dermatosen verteilt werden, die in klinischer und ätiologischer oder auch bloſs in klinischer Beziehung bereits ihren bestimmten Platz angewiesen erhalten haben.

Auf diese allgemeinen Betrachtungen gestützt kommen wir zum Schlusse, daſs die Atrophia maculosa cutis als selbständiger Krankheitstypus keine Existenzberechtigung hat.

Literatur.

ABRAHAM, Atrophodermia guttata. *The Brit. Journ. of Derm.* 1899.

BALZER u. DESHAYES, Contrib. à l'étude des syphilides atrophiantes. *Ann. de Derm.* 1906.

BALZER u. FAURE, Macules atrophiques postpapuleuses. *Ann. de Derm.* 1903.

BECK, S. C., Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 44, Heft 11.

BOIKOW, Atrophia maculosa cutis. *Russ. Zeitschr. f. Haut- u. ven. Krankh.* 1906. Bd. 12.

BROCQ, Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disseminées. *Journ. des pratic.* 1897.

Ders., Les Parapsoriasis. *Ann. de Derm.* 1902.

DANLOS u. DEHERAIN, Macules atrophiques syphilitiques. *Ann. de Derm.* 1906.

DE BEURMANN u. GOUGEROT, Dermite faciale atropho-hypertrophique en aires a progression excentrique. *Ann. de Derm.* 1905.

DU CASTEL, Plaques atrophiques du front . . . *Soc. franç. de Derm.* 1901.

FORDYCE, J. A., Symmetrical cutaneous atrophy. *The Journ. of cut.* 1904.

GALEWSKI, XII. Congrès internat. de med. Vol. IV. Mosca 1897.

HEUSS, E., Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. 32.

JADASSOHN, Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis. Verhandl. d. deutsch. derm. Ges., III. Kongr. (Leipzig) 1891. *Archiv f. Derm.* 1892.

JEANSELME, Sur un fait de passage entre la sclerodermie en plaques et les atrophies cutanées circonscrites. *Ann. de Derm.* 1903.

JORDAN, Erythema exsudativum multiforme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905.

JULIUSBERG, Circumskripte flächenhafte Atrophien oder Sklerodermie der Haut? Aus Breslauer derm. Ges. 1901.

IWANOW, Über weiſse atrophische und narbenähnliche perifollikuläre Flecke der Rumpfhaut. *Archiv f. Derm.* 1903.

KAPOSI, M., Fall von idiopathischer Atrophie der Haut (Dermatitis atrophicans). *Archiv f. Derm.* 1897.

MAJOCCHI, D., Un caso di eritema . . . *Soc. derm. ital.* Roma 1895.

MATZENAUER, Wiener derm. Ges. Okt. 1903.

METSCHERSKI, Über die idiopathische progressive Hautatrophie und ihre Beziehung zur Sklerodermie. Inaug.-Diss., 1904. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40, Nr. 11.

Mibelli, V., Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900.
Nicolas u. Favre, Erythéme cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie a type maculeux chez un tuberculeux. *Ann. de Derm.* Juillet 1906.
Nielsen, Atrophodermie, erythematöse makulöse, mit exzentrischer Verbreitung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. 32.
Oppenheim, M., Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Archiv f. Derm.* 1906. Bd. 81, Heft 1—3.
Pellizzari, C., Eritema orticato atrofizzante. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1884.
Pospelow, Purpura atrophicans. *Derm. Zeitschr.* 1899.
Respighi, E., Un caso di sclerodermia a piccole placche. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1894.
Rille, Circumskripte idiopathische Hautatrophie. Wissensch. Ärzteges. in Innsbruck, 14. Dez. 1901. *Wien. klin. Wochenschr.* 1902. XV, S. 878.
Rusch, P., Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. *Archiv f. Derm.* 1906. Bd. 81.
Ders., Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie. *Derm. Zeitschr.* 1906. Heft 11.
Thibierge, G., Atrophodermie erythemateuse en plaques. *Ann. de Derm.* 1891.
Ders., Le lupus érythemateux a forme d'atrophodermie en plaques. *Ann. de Derm.* 1905.
Vignolo-Lutati, C., Del lichen piano atrofico e delle sue relazioni colle atrofie cutanee circoscritte. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1907. Nr. 1 u. 2.

Versammlungen.

Medizinisch-chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern.

(*Correspondenzbl. f. Schw. Ärzte.* 1906. Nr. 17.)

Jadassohn demonstriert:

1. die **Spirochaeta pallida** in ganz aufsergewöhnlich grofser Zahl aus trockenen Papeln an der Fufssohle eines an leichter hereditärer Lues erkrankten Kindes, dessen Mutter während der Gravidität eine Hg-Behandlung durchgemacht hat.

2. einige nach Finsen behandelte Fälle von **Lupus vulgaris** und **erythematosus.** Die Schleimhautbehandlung der Nase erfolgt mit Pyrogallussäure und Galvanokaustik. Auch in einigen Fällen von Lupus erythematosus wurden sehr gute Resultate erzielt; oft mufste aber dabei die Dauer der Sitzungen so lang genommen werden, wie beim Lupus vulgaris.

Einige vorgestellte Fälle zeigen, dafs **Pigmentierungen der Haut, Epheliden und Chloasma** ohne Narbenbildung durch das Finsenlicht entfernt werden können. Theoretisch interessant ist, dafs die aktinische Entzündung, die sonst eine grofse Neigung hat, Pigment zu bilden, unter den bei der Finsenbehandlung obwaltenden Umständen geradezu zur Depigmentierung benutzt werden kann.

3. **Demonstrationen zur Tuberkulidfrage:**

a) Ein Fall von Lupus pernio und vulgaris des Gesichts bei einem älteren Fräulein mit Lupus pernio-Herden an Fingern und Zehen. Diese lokale Kombination hat J. auffallend oft beobachtet. An den Händen waren kurze strangförmige subcutane Infiltrate (tuberkulöse Phlebitiden) vorhanden. Das ganze Krankheitsbild entspricht am meisten dem einer hämatogenen Tuberkulose.

b) Ein Fall von Tuberkuliden verschiedener Form: 30jähriger Mann; chirurgisch behandelte Tuberkulose der Halslymphdrüsen. Zuerst Exanthem, sehr ähnlich der lichenoiden und corymbiformen Syphilis, das auf Tuberkulin typisch reagierte und sich zurückbildete; dann ein Akneexanthem am Rumpf und Genitalien und typische Follikulitiseffloreszenzen an Armen und Füfsen. Gleichzeitig eine klinisch und histologisch dem Lupus erythematosus sehr ähnliche Erkrankung der Oberlippe.

c) Vierjähriges Kind mit akneiformen Effloreszenzen und glänzenden, lichenoiden Knötchen, welche histologisch tuberkulides Gewebe enthalten; dieselben stellen eine Jadassohn auch sonst schon bekannte Abart des Lichen scrophulosorum dar; diffuse kleienförmige Schuppung und braun- und rotscheckige Zeichnung, besonders auf dem behaarten Kopf. Lokale Reaktion einer Anzahl Effloreszenzen auf Tuberkulin.

4. **Zwei Fälle von typischer Tuberkulose der Haut**:

a) Lymphangitis tuberculosa am Arm im Anschlufs an Tuberculosis verrucosa cutis der Haut. Zahlreiche kalte Abscesse. Günstiger Erfolg durch Stauung und Jodoformininjektionen (daneben auch mit Denysschem Tuberkulin).

b) Miliarer Lupus in zahlreichen Einzelherden, zum grofsen Teil um Narben gruppiert, die von Abscessen herrühren, welche im Anschlufs an Scharlach bei dem zwölfjährigen Kinde entstanden waren. In den Abscessen waren früher Streptokokken anscheinend in Reinkultur nachgewiesen.

5. **Fall von Pachyonychia congenita** (cf. *Iconographia dermat.* F. I, S. 29).

6. **Fall von Lues hereditaria bei einem zwölfjährigen Knaben.** Tibiae en lame de sabre.

7. **Abgeheilter Lichen ruber planus mit Narben eines Arsenzosters und einem frischen Arsenzoster.** Der erste Fall ist durch das Auftreten von Blasen im Anfang der As-Behandlung und einer typischen erythematösen Reaktion des Lichen auf das Arsen (analog der Tuberkulinreaktion) ausgezeichnet.

8. **Psoriasis in Abheilung unter As-Behandlung.**

9. **Circinäres Syphilid am Skrotum.** Diagnostisch schwierig wegen der ganz fehlenden Infiltration. *A. Schucht-Danzig.*

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. Juli 1907.

Danlos und Blanc stellen einen 17jährigen Menschen mit **Syphilis hereditaria tarda** vor, bei dem aber das wichtigte Symptom, die Hutchinsonschen Zähne, fehlten; die Zähne befinden sich vielmehr in bester Ordnung. Das hervorstechendste Zeichen der bestehenden Syphilis war ein gummöses Geschwür des weichen Gaumens. Lues acquisita konnte ausgeschlossen werden, während andererseits bei der Mutter nachweislich Syphilis bestanden hatte.

Über einen Fall von **operativ geheilter Perforation des Gaumens** nach Syphilis berichtet Morestin. Die Perforationsöffnung safs am linken Gaumen.

Gastou und Legendre: **Seit 19 Jahren bestehendes Syphilom**, das sich auf einem prästernalen Ekzema seborrhoicum entwickelt hatte und eine grofse Fläche der vorderen Bauchwand einnahm. Heilung in zwei Monaten nach vier Kalomeleinspritzungen von je 0,05 Calomel gaïa colloid. Duret und 150,0 Kalium jod.

Hallopeau und Railliet: **Drei Fälle tertiärer Syphilis und ein Fall von Lepra,** wesentlich gebessert durch Einspritzungen von „**Anilarsinate de Soude**". Die Lepra bestand in einem Malum perforans beider Fufssohlen. Es wurden im ganzen

zehn Einspritzungen gemacht und vom 18. Mai bis 24. Juni 4,2 des Mittels verbraucht. Nach der achten Einspritzung war die Ulceration am rechten Fuſs ganz vernarbt. Das viel tiefere Geschwür des linken Fuſses ist bedeutend gebessert; die Wirkung auf das Allgemeinbefinden unverkennbar. Auch bei den Syphilomen war der Erfolg ein bedeutender.

Balzer und Galup zeigen den seltenen Fall eines **primären Lupus erythematosus der Schleimhaut.** Sitz auf der Unterlippe.

Dieselben Herren führen auch eine Patientin vor mit einem **Schanker am After und mehreren Schankern an den groſsen Schamlippen.** Auſserdem bestand Blennorrhoe. Das Ulcus ano-rectale erwies sich später als syphilitisch.

Eine durch operativen Eingriff (chirurgische Entfernung und sofortige Nat) geheilte **Tuberkulose der Zunge** stellt Morestin vor; ferner einen Fall bei dem er wegen **Krebs den Penis amputieren** muſste. Das Glied wurde unmittelbar vor dem Hodensack entfernt, der neue Meatus urethrae arbeitete vorzüglich und der 46jährige Patient erholte sich vollkommen. *Türkheim-Hamburg.*

Fachzeitschriften.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Bd. XIV. Juli 1907.

I. **Ein Fall von Lepra tuberosa,** von Schtscherbakow. Beschreibung eines typischen Falles von tuberöser Lepra bei einem 20jährigen Bauern, welcher angeblich seit dem siebenten Lebensjahre krank ist. Die Eltern des Kranken lebten damals im Kubangebiet, wo die Lepra heimisch und dem Volke unter dem Namen Krymka (krimsche Krankheit) bekannt ist. Der Kranke war damals Viehhüter. Dieser Fall ist von hohem Interesse in bezug auf die Infektiosität der Lepra, denn trotz des innigen Zusammenlebens bei Eltern und Geschwistern hat der Kranke im Laufe von 14 Jahren, die er angeblich krank ist, keine von diesen Personen bisher angesteckt. Auf Grund dieses und noch einiger anderer ähnlicher Beobachtungen hält Verfasser die Lepra für sehr wenig ansteckend. Er glaubt, daſs die Lepra, da sie im Kubangebiet besonders dort vorkommt, wo viele Sümpfe sind, gleich der Malaria vom Boden abhängig ist, d. h. daſs die Leprabazillen sich in feuchter Gegend ansiedeln. Um an Lepra zu erkranken, müssen auſserdem disponierende Momente hinzutreten, vor allem Erschöpfung des Organismus durch Dyskrasien, wie Skrophulosis, hereditäre Lues usw. Gröſstenteils erkranken die Leprösen im Kindesalter an Lepra.

II. **Lichen ruber planus (Wilson),** von Schtscherbakow. Sitz der Lichenknötchen bei einem 45jährigen Lehrer, entsprechend dem Verlauf der Nerven an der rechten unteren Extremität. Verfasser sieht daher die Erkrankung als Trophoneurose an.

III. **Reinfectio syphilitica,** von Kolomoitzew-Kasan. Der 30jährige Patient hatte sich mit 23 Jahren zum ersten Male luetisch infiziert. Die Lues verlief schwer und erforderte im Laufe von drei Jahren eine fast beständige Behandlung. Nach zweijähriger Ruhe erkrankte Patient mit 28 Jahren nochmals an einem harten Schanker und späteren Rezidiven. Die Diagnose wurde von mehreren Spezialisten bestätigt.

IV. **Zur Frage der abortiven Behandlung des akuten Trippers**, von Miropolski-Saratow. In acht unter 24 Fällen gelang es Verfasser, durch Waschungen der Harnröhre mittels einer Albarginlösung (Albargin 1,0, Alypin. nitr. 0,1, Aq. dest. 1000,0) in fünf bis sieben Tagen nicht nur Schwund der Gonokokken, sondern auch der Fäden herbeizuführen. In allen diesen acht Fällen handelt es sich um einen erstmaligen Tripper.

August 1907.

I. **Über einen Fall von Keratoma palmare hereditarium**, von A. Jordan. Der 28jährige Kranke mit Keratoma hereditarium palmare gehört einer Familie an, die in fünf Generationen, unter 32 Gliedern, 14 damit behaftete zählt. Ungewöhnlich ist, dafs bei dem betreffenden Kranken nur die Handflächen und nicht auch die Fufssohlen betroffen sind.

II. **Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker**, von Djatschkow-Petersburg. Beschreibung folgender Fälle extragenitaler Infektion:

a) eines Schankers, unter dem Bilde eines Panaritium, am Zeigefinger der linken Hand;

b) eines Schankers an den Weichteilen der Endphalange des vierten Fingers der linken Hand;

c) eines rupiaartigen Schankers der Oberlippe;

d) eines Bauchschankers.

III. **Über eine neue Methode der abortiven Tripperbehandlung**, von Weinberg-Berlin. In dieser kurzen, vorläufigen Mitteilung gibt Verfasser nur an, dafs das Verfahren in Anwendung von Temperaturen unter 18° C. besteht.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Ein neues Urethroskop mit Wasserdehnung, von George Walker-Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 20.) Das auf dem Prinzip des Cystoskopes hergestellte Urethroskop des Verfassers enthält einen Ansatz für die Einfügung einer Injektionsspritze. Mittels dieser wird die Urethra durch Injektion von Wasser ausgedehnt. Hierdurch wird es ermöglicht, dafs man eine seitliche Ansicht der Harnröhre erhält und nicht nur die kollabierte Wand sieht. *Schourp-Danzig.*

Ein aseptischer Katheterisator, von H. Markus-Wien. *Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 26.) Abbildung und Beschreibung eines kleinen Apparates, der dazu dient, einen weichen Katheter aseptisch zu verwahren und seine Einführung in die Urethra ohne Berührung mit den Händen zu ermöglichen. Der Apparat, der von H. Reiner-Wien hergestellt wird und gesetzlich geschützt ist, eignet sich nicht nur für die Zwecke des Arztes, sondern namentlich auch für die zahlreichen Patienten, die sich selbst katheterisieren. *Götz-München.*

Der Verweilkatheter, seine Anwendung und seine Wirkungsweise, von Julius Vogel-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 20.) Verfasser bespricht die Gründe, warum der Verweilkatheter so selten angewendet wird und betont den

Nutzen der richtig angewandten Seidenstoffkatheter und die Art und Weise seines Gebrauchs. Gute Erfolge werden nach seiner Ansicht erzielt bei blennorrhoischen Harnröhrenverengerungen und bei der Nachbehandlung nach Operationen in der Harnröhre, ebenso bei Verletzungen der Harnröhre. Nicht zu umgehen ist der Verweilkatheter nach allen plastischen Operationen an der Harnröhre (Hypospadie, Fisteln). Besondere Beachtung verdient die Bedeutung des Dauerkatheters bei Behandlung der Prostatahypertrophie und bei Blasenerkrankungen, wo er nicht nur eine gute Drainage der Blase ermöglicht, sondern oft auch eine eminent schmerzstillende Wirkung entfaltet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Eine Bandage zur Fixierung von Verbandstoffen am Penis, von Ph. F. Becker-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 9.) B. hat eine neue Bandage zur Fixierung von Verbandstoffen am Penis konstruiert, bestehend aus einem gefütterten, doppelten Segeltuchstreifen, der an beiden Seitenrändern eine Anzahl Schnürlöcher zur Aufnahme der den Schlufs in der Mittellinie besorgenden Schnürbänder trägt. Die proximale Kante der Bandage, die angelegt an die Peniswurzel zu liegen kommt, führt ein zweites, vom ersteren unabhängiges Schnürband, das den Penisschaft zirkulär umfafst und so das Abgleiten der Bandage vom Penis verhütet. Am distalen Ende ist eine Klappe angebracht, die über die Eichel hinübergelegt und seitlich mittels Druckknopfes befestigt wird; sie schliefst den Verband nach vorne ab. Die Bandage, die auch zum Schutze der Wäsche bei Blennorrhoe getragen werden kann, läfst sich vom Patienten selbst dem jeweiligen Füllungszustand des Penis leicht anpassen; sie hat aufserdem den Vorzug, dafs sie das ganze Glied abschliefst, ohne es in seiner Lage und Beweglichkeit zu behindern, dafs sie nicht unnötig voluminös ist, dafs sie das Blofslegen der Harnröhrenmündung auf die einfachste Weise, durch Öffnen der Klappe, ermöglicht, und dafs sie endlich waschbar ist. — Die Bandage wird von Ludwig Dröll-Frankfurt a. M. hergestellt. *Götz-München.*

Die Phimose — eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben, von Witzenhausen-Mannheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) W. teilt die Krankengeschichten einiger 2—18 Monate alter Knaben mit, bei denen infolge hochgradiger Phimose Harnretention und Dilatation der Blase, starke Abmagerung, Aufblähung des Leibes und insbesondere hartnäckige Stuhlverstopfung eingetreten war. Die Obstipation mit ihren Folgen stand so sehr im Vordergrunde des Krankheitsbildes, dafs dieses den leichteren Formen der Hirschsprungschen Krankheit durchaus glich; verursacht war die Verstopfung dadurch, dafs infolge der andauernden Dilatation der Blase die Eingeweide verdrängt und die Bauchwände überdehnt und erschlafft waren und die Defäkation auch noch mechanisch durch den Druck der Blase aufs Rektum behindert wurde. W. hält es wohl für möglich, dafs wenigstens ein Teil der Fälle von Hirschsprungscher Krankheit lediglich die Folge einer hochgradigen Phimose ist. — Durch Circumcision erzielte W. bei seinen kleinen Patienten glänzende Erfolge; besonders auch die Verstopfung zeigte in allen Fällen sehr bald bedeutende Besserung. *Götz-München.*

Die Phimose, von Kirmisson. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 22.) K. hat wiederholt beobachtet, dafs Harnretentionen infolge hochgradiger Phimosen zu Harninfiltrationen und zur Bildung von Harnabscessen führten. *Götz-München.*

Über eine neue plastische Operation der Phimose, von St. Jobiášek-Prag. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 83, 1. Heft.) Nach starker Spannung der Vorhaut in der Richtung gegen die Peniswurzel teilt man die Peripherie des Gliedes etwas vor dem Sulcus retroglandularis durch drei Punkte in drei gleiche Teile. Von diesen Punkten

werden durch oberflächliche Schnitte drei Lappen gebildet, welche mit ihrer Spitze gegen die verengte Vorhautöffnung gerichtet sind und von denen einer dorsal, die beiden anderen lateroventral liegen. Aus dem inneren Vorhautblatte werden drei ähnliche, gleich grofse Lappen herausgeschnitten, welche gegen die aus dem äufseren Blatte gebildeten Lappen um 60° verschoben werden. Es erfolgt die Naht derart, dafs die Spitzen der inneren Lappen an die Berührungspunkte der Basen der äufseren Lappen und die Spitzen der äufseren Lappen an jene Stellen, wo sich die Basen der inneren Lappen berühren, angenäht werden. Die Vorteile dieser Operation sind folgende:

1. Es wird fast das ganze Hautmaterial zur Bildung einer neuen Vorhaut verwendet; infolgedessen bedeckt das neue Präputium entweder die ganze Eichel oder wenigstens zwei Drittel derselben.

2. Durch die symmetrische Bildung der Lappen und deren Zusammennähen bleibt das normale Aussehen des Gliedes erhalten.

3. Eine Verletzung der Vena dorsalis penis und der Arteria frenularis ist nicht leicht möglich.

4. Ein Rezidiv der Phimose ist ausgeschlossen, weil die entstandene wellenförmige Narbe die Schrumpfung verhindert.

5. Das Frenulum wird durch diese plastische Operation erhalten, kann aber nötigenfalls durch einfaches Durchschneiden entfernt werden, ohne dafs der Effekt der Operation geändert wird.

Besonders geeignet ist diese plastische Operation für jene Fälle, bei denen die Vorhaut in ihrem ganzen Bereiche gegen die Eichel frei beweglich ist und die beiden Vorhautblätter gleich dick sind, bei Erwachsenen und bei nicht durch Ulcera, Balanitis usw. komplizierten Fällen. *Schourp-Danzig.*

Neue Phimosisklammer, von A. H. Borey-New Orleans. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 25.) Das vom Verfasser angegebene Instrument bezweckt, bei der Ausführung der Circumcision die Glans vor einer Verletzung zu schützen und besteht im wesentlichen aus einem verstellbaren Hohlkörper mit anzulegender Fixationsklammer zur Aufnahme der Eichel. *Schourp-Danzig.*

Über Gangrän des Skrotums, von Kettner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 30.) Ein 35jähriger Arbeiter hatte im Anschlusse an einige Kratzeffekte am Skrotum ein schweres gangränöses Erysipel erhalten. Am Skrotum ist aufser der Haut die Tunica dartos, der gröfste Teil des von ihr gebildeten Septums, ferner das zwischen der Tunica dartos und den Hoden liegende lockere Bindegewebe verschwunden. Nur die beiden Testikel mit ihren Hüllen sind erhalten geblieben, dazu der Musculus cremaster. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Skrotumcalculi, von Henry Benjamin Oertel-Pueblo. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 1.) Ein 38jähriger Mann litt an grofsen Schmerzen infolge entzündlicher Schwellung des Skrotum und des Penis. Die Ursache wurde in neun Calculi gefunden, von denen sieben im Skrotum, zwei im Penis safsen. Die Steine wurden operativ entfernt. Die Masse der Skrotalsteine nahm einen Umfang von 12 : 6 cm ein. *Schourp-Danzig.*

Eigenschaften und Ziele einer neuen Methode der Harnröhrenbesichtigung, von Hans Goldschmidt-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 14.) G. ist es nach jahrelangem Bemühen gelungen, ein neues Harnröhrenendoskop herzustellen, das, nach den Prinzipien des Nitzeschen Cystoskops konstruiert, eine Betrachtung der durch Wassereinlauf dilatierten Harnröhre in allen ihren Teilen ermöglicht; es kann also mit Hilfe des Instrumentes nicht nur der vordere, sondern auch der hintere Abschnitt der Urethra und namentlich auch die letzte Partie, der Samenhügel, be-

sichtigt werden und zwar „mit einer Deutlichkeit, an die bisher gar nicht zu denken war". Die Bilder, die das neue, von L. und H. Löwenstein angefertigte Endoskop ergibt, zeichnen sich durch außerordentliche Plastik aus; eine Reihe solcher Bilder, die G. kurz beschreibt, scheint darzutun, daß die Methode wichtige Aufschlüsse über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Harn- und Geschlechtsorgane bringen wird. Ferner ist es ein leichtes, mit Hilfe des Instrumentes galvanokaustische Eingriffe in die Urethra vorzunehmen.

In der vorliegenden Arbeit ist das Endoskop durch drei Abbildungen veranschaulicht; eine ausführliche Beschreibung der Methodik mit photographischen Aufnahmen und farbigen Tafeln erscheint demnächst in *Folia urologica, internationales Archiv für Urologie.* *Götz-München.*

Neues Prinzip bei der Irrigation der Urethra mittels Instrument, von J. H. Bacon - Peoria. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 15.) Die technische Neuerung des Verfassers besteht darin, daß er 1½ Fuß von dem Harnröhrenansatz des Irrigators einen Gummiballon in den Gummischlauch einsetzt, der rhythmisch komprimiert wird. Er drückt etwa 80—90 mal in der Minute auf den Gummiballon und will damit die Flüssigkeit tief in die Follikel eindringen lassen.

Natürlich kann die Irrigatormodifikation auch bei anderen Verhältnissen angewendet werden, wie bei Abscеßhöhlen und Gelenkerkrankungen.

Schourp-Danzig.

Moderne Chirurgie der Blasengeschwülste, von G. Kolischer und L. E. Schmidt-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 4.) Nach detaillierter Ausführung, welche durch neun Figuren illustriert wird, kommen die Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß alle gutartigen Blasengeschwülste endovesikal, alle bösartigen nach Öffnung der Blase operiert werden sollen. Bei nicht zu großem Substanzverlust soll die Blase nach Entfernung der Geschwulst mittels Naht geschlossen werden. Das Einlegen eines Dauerkatheters ist zu unterlassen. Der operierte Patient ist längere Zeit hindurch cystoskopisch zu überwachen. *Schourp-Danzig.*

Traumatische, intraperitoneale Ruptur der Blase (Laparotomie), Heilung, von W. Berblinger-Karlsruhe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 33.) Beschreibung eines Falles von intraperitonealer Blasenruptur bei einem Knaben, der auf dem Boden liegend durch einen auf seinen Rücken auffallenden schweren Eimer fest gegen die harte Unterlage gedrückt worden war. Da die klinischen Symptome nicht mit Sicherheit feststellen ließen, ob eine Blasen- oder eine Darmruptur vorlag, wurde nicht die Sectio alta gemacht, sondern laparotomiert; trotz verschiedener Zwischenfälle genas der Knabe. *Götz-München.*

Über die Resultate der Blasensteinbehandlung, von Karl Spannaus. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg 1905.) Verfasser zeigt, daß die Sectio alta — wenn sie auch Blase und Bauchwand eröffnen muß, um zu dem Stein zu gelangen — für den Heilverlauf günstige Bedingungen hinterläßt. Da sie die Mortalität sehr einenge, mehr als die Lithotripsie Rezidivbildung verhindere und die Kapazität der Blase keineswegs beeinträchtige, sei zu verstehen, daß die deutschen Chirurgen fast ausnahmslos diese Operation anwenden. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Wachsklumpen in der Blase. Entfernung desselben mittels Auflösung mittels Benzininjektion, von H. Lohnstein-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 23.) Ein 25jähriger Arbeiter hatte sich selbst Wachs in die Blase gespritzt, angeblich wegen starken Juckens in der Urethra; es bildete sich in der Blase ein großer Wachsklumpen und bald entstand eine Cystitis. Die Auflösung dieses Fremdkörpers wurde durch Benzin erreicht, von dem nach vollkommener Entleerung der Blase 15 ccm durch einen engen Katheter eingespritzt wurde. Das Benzin blieb 45 Minuten

in der Blase, dann wurde per Katheter der Blaseninhalt entleert. Er schied sich alsbald in zwei Schichten, eine untere gelbe (Harn) und eine obere trübe (Benzin mit gelöstem Wachs). Das Verfahren wurde wiederholt und so Heilung erzielt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von letaler Peritonitis im Anschlufs an Cystitis hervorgerufen durch ein Papilloma vesicae, von Franz Gleuwitz. (Inaug.-Dissert. München 1906.)

Fritz Loeb-München.

Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Cystitis und Pyelitſs im Kindesalter, von L. Langstein-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1907. Nr. 5.) Enthält nichts Neues. *Carl Schramm-Dortmund.*

Beitrag zum Studium der Colibacillus-Cystitis im Kindesalter, von Valagusta. (*Il Policlinico.* 1907. Heft 5.) Die Affektion soll beim Kinde ziemlich häufig sein und würde wahrscheinlich noch öfters konstatiert werden, wenn man sich die Mühe geben wollte, jedesmal den Urin genau zu untersuchen. Klinisch unterscheidet sich diese Cystitis von den anderen nicht, so dafs uns nur die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung über ihre wahre Natur Gewiſsheit verschaffen kann. Der Bacillus coli, der sich dabei immer im Urin findet, wird dort lebensfähig erhalten und gezüchtet. Die Dauer der Krankheit ist nach den Individuen und nach dem Zeitpunkte des Beginnes der Behandlung verschieden. Der Bacillus kann noch mehrere Monate nach dem Aufhören des Fiebers im Urin vorgefunden werden. Die Prognose mufs immer mit Reserve gestellt werden, indem diese Cystitis einen Eiterherd darstellt, von dem aus zu jeder Zeit septische und septisch-pyämische Erscheinungen ausgehen können. Die Behandlung ist eine symptomatische: Begünstigung der Diurese; Anwendung antiputrider und antifermentativer Substanzen (Salol, Helmitol). *C. Müller-Genf.*

Untersuchungen über den Wert des Helmitols bei Cystitis, von Géza Kelemen-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1906. Nr. 6.) Aus den Untersuchungen ist ersichtlich, dafs das Helmitol sowohl bei blennorrhoischer, wie auch bei anderen infektiösen Cystitiden als vorzügliches Adjuvans verwendet werden kann. Das Mittel wirkt teils desinfizierend, teils diuretisch. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die Behandlung der Cystitis mit Helmitol, von T. Tanaka-Tokio. (*Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urol.* IV, Heft 3 u. 4.) Helmitol wurde in 21 Fällen geprüft. Verfasser kommt zu folgendem Resultat:

Die Vorzüge des Helmitols lieſsen sich vor allem in Fällen von chronischem Blasenkatarrh mit alkalischem, bakterienhaltigem Harn feststellen. Sie beruhen gegenüber anderen Hexamethylentetraminpräparaten auf der schnelleren und sichereren Wirkung, sowie auf der längeren Dauer der Wirksamkeit.

Das Mittel ist leicht wasserlöslich und angenehm zu nehmen; es ruft keine ungünstigen Nebenerscheinungen hervor. Bei Hyperacidität des Magensaftes ist auf diese in der Arzneiverordnung entsprechend Rücksicht zu nehmen.

A. Strauſs-Barmen.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über die sexuelle Enthaltsamkeit, von O. Schreiber. (*Med. Blätter.* 1907. Nr. 25—27.) Ein ausführliches Sammelreferat über die Ansichten zahlreicher Forscher über sexuelle Enthaltsamkeit. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der nervösen Impotenz, von C. Posner-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1907.) Der jetzige Standpunkt der Therapie der nervösen Impotenz besteht darin, alle lokalen Eingriffe zu unterlassen, es sei denn, dafs die Krankheit im Anschlufs an eine blennorrhoische Infektion entstanden ist; in diesen Fällen mufs natürlich

eingegriffen und speziell zuweilen die Prostata behandelt werden. Die Hauptsache bleibt stets das Bestreben, die Ursachen fortzuschaffen. Die in Betracht kommenden Methoden haben zu bezwecken einmal die Bekämpfung der Entzündung selbst, dann die Wiederherstellung der normalen Blutverteilungs- und Sekretionsverhältnisse, endlich die Erhöhung der herabgesetzten Erregbarkeit (Massage der Prostata, thermische Reize, Faradisation, WINTERNITZscher Psychrophor). Neben dieser Behandlung ist natürlich grofser Wert zu legen auf die allgemeine antineurasthenische Behandlung. Suggestive Behandlung, Hydrotherapie usw. sind unentbehrlich. Zuweilen hat man auch mit dem Yohimbin oder Muirazithin Erfolge. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Impotenz, von P. FÜRBRINGER - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 7.) In diesem kurzen, aber inhaltreichen klinischen Vortrag wird das Thema der Impotentia coëundi (nicht das der generandi) in allen seinen Hauptmomenten dargelegt oder wenigstens berührt. Abgesehen von der Verminderung der sexuellen Leistungsfähigkeit bei Diabetes, Polysarcie, Nephritis und Tabes, bei denen (ebenso wie bei den der Chirurgie anheimfallenden mechanischen Behinderungsmomenten durch Tumoren usw.) die erfolgreiche Behandlung des Grundleidens, soweit dies möglich ist, die Grundbedingung der Besserung bildet, kommt namentlich die psychische Impotenz in Frage, sowie die als sexuelle Neurasthenie bekannte Störung. Während jene sich durch einige taktvolle Anordnungen oft in relativ sehr kurzer Zeit überwinden läfst, erfordert diese vielfach eine langdauernde Behandlung, wobei vor allen Dingen Sorge getragen werden mufs, die Patienten nicht durch zu energische Eingriffe mittels Hydrotherapie, Elektrisieren, Massage u. dgl. noch mehr zu schwächen. Bei zweckmäfsiger Anwendung erzielt man aber auf diesem Wege oft sehr erfreuliche Resultate, während Medikamente, wie Kampfer, Lupulin, Phosphor, Kanthariden, nur allzuoft versagen. Der Wert des Spermins sowie des Yohimbins und Muirazithins ist noch diskutabel. Alkohol leistet bei zweckmäfsiger Anwendung oft Günstiges, ist aber natürlich in richtiger Anpassung zu verwenden. Auch die mechanischen Apparate dürfen nicht als der Beachtung des Arztes unwert („Schlitten", GASSENS Erector, GERSONS Apparat) bezeichnet werden; ebenso dienen oft der WINTERNITZsche Psychrophor, der Apparat von FELEKI und von ARZPERGER in erwünschter Weise. Zum Schlufs empfiehlt F. einen rationell betriebenen Sport, wobei Reiten und auch Radfahren keineswegs in allen Fällen zu verbieten sind, als einen ungemein wertvollen Heilfaktor.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Versuch einer Selbskastration, von J. M. WOLFE - Kasbeer. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 1.) Um sich von der Sucht zur Onanie zu heilen, rifs sich ein 30jähriger Mann die Hodenhaut auf und verletzte den einen Hoden derartig, dafs er operativ entfernt werden mufste. *Schourp-Danzig.*

Über die Spätresultate der Behandlung der Hodentuberkulose mittels Kastration, von MICHEL ILIEFF. (*Thèse de Lausanne.* 1906.) Die Arbeit ist der Erwähnung an dieser Stelle würdig wegen des guten historischen Überblickes über die Geschichte der Therapie der Hodentuberkulose und wegen der ausführlich angeführten Krankengeschichte von neun Fällen. Bei Hodentuberkulose, die die einzige tuberkulöse Manifestation im einzelnen Fall sein kann, ist die Kastration die Methode der Wahl; bei frühzeitigen Ausführungen derselben sind die augenblicklichen und späteren Resultate sehr günstige. Zugleich hat die Kastration in diesen Fällen einen vorzüglichen Einflufs auf das Allgemeinbefinden, das sich danach „rapid" hebt.

Fritz Loeb-München.

Maligner Hodentumor, von DAVID L. WALMSLEY-Detroit. *Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 20.) Infolge einer Verletzung, die der jetzt 40jährige Mann als Schüler

erhielt, war der rechte Hoden atrophisch geworden. Eintretende schmerzhafte Schwellung führte den Patienten zum Arzt, der den Hoden operativ entfernte.

Schourp-Danzig.

Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen, von A. Bittorf-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 23.) B. beobachtete bei mehreren Kranken mit Nierensteinkoliken während der Schmerzen eine sehr hochgradige Druckempfindlichkeit des gleichseitigen Hodens. Mit dem Schwinden des Anfalles hörte auch die Druckempfindlichkeit auf; bestanden dagegen die Schmerzen vermindert fort oder war infolge von Nierengriesbildung dauernde Nierenschmerzhaftigkeit vorhanden, so blieb meist auch eine mäſsige Empfindlichkeit des Hodens, deren Stärke dann mit der Intensität der Nierenbeschwerden parallel ging. In einem Falle von Nierensteinkolik bei einer Frau konstatierte B., wie er erwartete, hochgradige Druckempfindlichkeit des gleichseitigen Ovariums. Ob die Erscheinung bei Nierensteinkoliken konstant vorkommt, ferner ob sie auch bei anderen schmerzhaften Nierenerkrankungen (Pyelitis, Peri- und Paranephritis, Tuberkulose und Tumoren der Nieren) besteht, muſs B. zurzeit noch dahingestellt lassen. Ein Kranker gab an, daſs der Hoden während des Schmerzanfalles an- und dann wieder abschwelle; ob es sich dabei um eine objektiv nachweisbare Veränderung vielleicht vasomotorischer Natur durch Reizung des sympathischen Geflechts oder um eine subjektive Täuschung handelte, konnte nicht entschieden werden. Jedenfalls hat das Symptom, das wahrscheinlich durch eine Reizung des Plexus spermaticus verursacht ist, groſse diagnostische Bedeutung für die Unterscheidung zwischen rechtsseitigen Nieren- und Gallensteinkoliken und vielleicht auch zwischen Dickdarmaffektionen und Nierenerkrankungen. *Götz-München.*

Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 17.) Die Azoospermie ist in der Mehrzahl der Fälle an Erkrankungen geknüpft, welche zu einem Verschluſs der samenleitenden Organe führen. Diese Veränderungen finden sich vorzüglich im Schwanze des Nebenhodens, wo sie zu Schrumpfungen und Verlegung der Nebenhodengänge, sowie zu hochgradiger Verengerung und Verlötung der Samenleiter führen. Die häufigste Ursache hierfür ist eine blennorrhoische Erkrankung. Die Azoospermie kann einmal also durch Unwegsamkeit des Samenleiters, zweitens durch Schwielenbildung im Nebenhoden und drittens durch Obliterationen und Deviationen der Ductus ejaculatorii bedingt sein. Die Therapie, selbst die chirurgische, um die Wegsamkeit des samenleitenden Organs wieder herzustellen, zeigte sich bisher meist als aussichtslos. Die Hauptsache zur Vermeidung der Azoospermie ist also, die Nebenhodenentzündungen zu vermeiden, oder etwa entstandene sofort energisch zu behandeln, und zwar am besten mit möglichster Hitzeapplikation. F. benutzte dazu eine Art Thermophor aus einer Kombination von Asbestfäden mit dünnen, schmiegsamen und isolierten Drähten; der Apparat wird angelegt und mit der elektrischen Leitung verbunden. Später folgen heiſse Moorbäder. Bei dieser Behandlung gehen die akuten Erscheinungen rasch zurück, die Konsistenz des Nebenhodens wird bald wieder eine weiche. Bei drei Patienten, welche vor einem halben bis zwei Jahren an doppelseitiger Epidydimitis so von F. behandelt worden waren, fand er im Ejakulat bewegliche Spermatozoen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Phlegmone des Samenstranges, von F. C. Madden-Kairo. (*Lancet.* 23. Febr. 1907.) Die Affektion scheint in Ägypten gar nicht so ganz selten vorzukommen und kann leicht zu unliebsamen Täuschungen durch die äuſsere Ähnlichkeit mit einem eingeklemmten Bruch Anlaſs geben, namentlich wenn, wie bei zwei von M.s Fällen, eine Hernie vorher bestanden hat. Beim Inzidieren findet man die Hautdecken stark ödematös, die einzelnen Schichten der Bekleidung des Samenstranges verklebt und

letzteren selbst mit zahlreichen Eiterherden durchsetzt. Man entfernt denselben samt dem Hoden und kann meist auf einen günstigen Verlauf rechnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Meningokokken-Spermatocystitis, von L. Piek-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 30 und 31.) Verfasser berichtet über einen sehr interessanten Fall von übertragbarer Genickstarre auf die Samenblasen, ein Beweis dafür, daſs wie der Gonococcus von seinem eigenen Bezirke, dem Urogenitaltraktus, aus gelegentlich in den Hüllen des Zentralnervensystems sich einnistet, auch umgekehrt der Meningococcus auſser in die Septomeningen zuweilen in die Domäne des Gonococcus, in die eigentlichen Organe der Urogenitalsphäre, in die Nebenhoden, die Tunica propria der Hoden, die Ampulle des Samenleiters oder in die Samenblasen gerät und in den letzteren sehr erhebliche Empyeme zu erzeugen vermag. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Akute Spermatocystitis, von A. Nelken-New Orleans. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 2.) Klinischer Vortrag, ohne Neues zu bringen.

Schourp-Danzig.

d. *Prostata.*

Diagnose der Prostataerkrankungen, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 23.) Bei allen diagnostisch-unklaren Harn- und Geschlechtskrankheiten ist auf die Untersuchung der Prostata Wert zu legen. Den Hauptfaktor ihrer Erkrankung bildet die Blennorrhoe. *Schourp-Danzig.*

Über Helmitol, von Halbhuber. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 27.) Wichtig ist folgender Fall: Ein 78jähriger Prostatiker erhielt 17 Monate hindurch Helmitol, das ohne jede Belästigung und Schädigung des Organismus vertragen wurde. Nach zeitweiligem Aussetzen der Helmitolmedikation trat sofort wieder Harndrang ein; der Urin wurde wieder alkalisch und trübe. Erneute Darreichung von zwei bis drei Helmitoltabletten genügten, um die Zersetzung des Urins zu verhindern und die Beschwerden zu beseitigen. *A. Strauſs-Barmen.*

Über eine neue Form von sexueller Neurose, die Prostatorrhoea vesicalis, von Campani. (*Clinica medica italiana.* 1907. Nr. 3.) Es handelt sich hier um jene Affektion, die der Verfasser bereits anderenorts als Phosphaturia terrosa und später, weil es sich nicht um eine wirkliche Vermehrung der Phosphorsäure handelt, als Pseudophosphaturie beschrieben hat. Der Urin ist dabei mehr oder weniger milchartig getrübt und zwar in Zwischenräumen von Wochen oder auch nur Tagen. Im Glase wird der Urin klar in den oberen Schichten; Zucker und Eiweiſs sind nur ausnahmsweise vorhanden. Bei der Emission wird etwas Brennen empfunden. Es gesellen sich dyspeptische Beschwerden, erschwerte Verdauung von Fetten und Kohlehydraten. An subjektiven Beschwerden sind konstatiert worden: Schwäche in den unteren Extremitäten, ischiasartige Schmerzen, Tachykardie, Kopfschmerzen, Störungen in den sexuellen Funktionen: mangelhafte Erektion, vorzeitige Ejakulation, Spermatorrhoe. In Anbetracht dieser Beziehungen zum sexuellen Leben bringt der Verfasser diese Affektion in Zusammenhang mit den Prostatafunktionen, zumal er die Erscheinung künstlich hervorrufen konnte durch Druck auf die hintere Fläche der Prostata.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Prostatahyperämie mittels elektrischer Methoden, von J. S. Bolton-Nottingham. (*Lancet.* 13. April 1907.) Nach einigen allgemeinen Bemerkungen schildert B. folgende zwei Fälle: ein 60jähriger Mann mit mäſsiger Vergröſserung der Prostata, trübem Urin und fortwährendem Urindrang erhielt dreimal wöchentlich vom Rectum aus eine Elektrisierung des Organs mit dem hochfrequenten Strom bei einer Dauer von zehn Minuten. Die Behandlung wurde etwa

zwei Monate lang fortgesetzt, mufste aber nach einer Pause von einigen Wochen wieder aufgenommen werden und führte schliefslich im Verlauf mehrerer Wochen zu einer vollständigen Beseitigung aller der belästigenden Erscheinungen. Der andere Patient, ein 54jähriger Missionar, hatte seit zehn Jahren bereits Prostatasymptome dargeboten. Es bestanden ausgesprochene cystische Erscheinungen und ein allgemein kachektischer Zustand. Im Laufe von einigen Wochen brachte die Behandlung mit dem hochfrequenten Strom eine solche Besserung herbei, dafs Patient nach West-Indien hinausfahren konnte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Prostataabscesse, von Heinrich Krömker. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) Als ätiologisch wichtiges Moment für die Entstehung der Prostataabscesse ist die Blennorrhoe hervorzuheben; weiter kommen in Betracht: Infektion auf dem Blutwege als seltene Ursache die Tuberkulose. Beim Fehlen ärztlicher Hilfe können die Prostataabscesse durch Übergreifen auf benachbarte Organe sehr verschiedenartige Komplikationen schaffen. Zur Stellung der Diagnose mufs man die Palpation per anum ausführen, die allerdings oft recht schmerzhaft ist. In den Anfangsstadien der Abscedierung ist es unmöglich zu entscheiden, ob nur Prostatitis oder ein Abscefs vorhanden ist, denn in beiden Fällen ist die Prostata vergröfsert; Fluktuation pflegt sich später — aber keineswegs immer — einzustellen. Verfasser bespricht die verschiedenen therapeutischen Methoden, um daran die Mitteilung von sechs Fällen anzuschliefsen, die in der chirurgischen Klinik zu Kiel behandelt worden sind. In keinem dieser Fälle war ein Anhaltspunkt für Blennorrhoe zu finden. Auch wurden nie Gonokokken in diesen Fällen nachgewiesen, weder im Sekret noch im entleerten Eiter. In zwei Fällen ist die Ursache völlig dunkel, in drei Fällen scheinen Cystitis und Katheterismus die Ursache der Prostataabscesse zu sein. In einem Fall ist der Prostataabscefs metastatisch nach der Operation eines subphrenischen Abscesses entstanden. *Fritz Loeb-München.*

Die Tuberkulose der Prostata, von Albarran. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 27.) Aus dem kurzen Aufsatze ist hervorzuheben, dafs die Prostatatuberkulose nach den Erfahrungen A.s sehr häufig unter Bildung fibrösen Gewebes spontan ausheilt. A. empfiehlt daher, in Fällen, in denen nur umschriebene intraprostatische Kavernen, aber keine perinealen oder vesikalen Fisteln vorhanden sind, jeden Eingriff zu unterlassen und sich auf antituberkulöse Allgemeinbehandlung zu beschränken.

Götz-München.

Zur Behandlung der Urinretention bei Prostatahypertrophie durch suprapubische Fistel plus Cystopexie, von Richard Mühsam-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Mai 1907.) Alle die Patienten, welche man aus irgendwelchen Gründen den Gefahren der Prostatektomie nicht aussetzen will und welche mit Rücksicht auf die eventuellen Folgen die Operation verweigern, sind bei hochgradiger Prostatahypertrophie mit entsprechenden Beschwerden auf die Palliativoperationen angewiesen, und unter diesen steht die suprapubische Fistel obenan. Bei dieser Operation sind die Resultate gut, die Schmerzhaftigkeit der Blase ist sofort beseitigt, der Blasenkatarrh bessert sich und kann von der Fistel aus behandelt werden. Goldmann empfahl dann für die Fälle von Prostatahypertrophie, in denen chronische Urinretention sich eingestellt hat, und in denen die Blasenmuskulatur noch nicht degeneriert ist, die Cystopexie. Durch diese Operation soll eine Fixation der Blase, in einer für die Urinentleerung günstigen Stellung, eine Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung und eine Behinderung der Divertikalbildung an der hinteren Blasenwand erzielt werden. Verfasser selbst legte bei einem 82jährigen Prostatiker die suprapubische Fistel mit der Cystopexie verbunden an und erzielte einen guten Erfolg. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit parenchymatösen Jodinjektionen, von Paul Schaffroth. (Inaug.-Dissert. Basel 1905.) Verfasser berichtet über die neuerdings gemachten Erfahrungen mit einer Behandlungsmethode, „die, wenn auch seit zirka 20 Jahren fast vollständig in Vergessenheit geraten, dennoch wegen ihrer Einfachheit und relativen Ungefährlichkeit da und dort einen Anhänger haben wird, der Mehrzahl der jüngeren Ärzte aber unbekannt sein dürfte“. (Es ist dies das von Heine angegebene Verfahren der parenchymatösen Jodinjektionen Heine 1874). Das von Heine angewandte operative Vorgehen war folgendes: Man bringt den Kranken in seinem Bette in die Seitenlage und läſst ihn bei stark reflektierten Oberschenkeln mit dem Gesäſs ganz an den Bettrand rücken. Will man in die rechte Seitenhälfte der Prostata einspritzen, so läſst man die linke Seitenlage einnehmen, in umgekehrtem Falle die rechte. Man führt nun in der linken Seitenlage des Kranken den linken, gut geölten Zeigefinger in das Rectum ein und legt seine Spitze an die betreffende Stelle der rektalen Prostatafläche an, in welche man eine Einspritzung machen will. Dann wird ein ca. 12 cm langer feiner Explorativtroicart mit in die Kanüle zurückgezogener Stachelspitze auf dem Finger gegen die betreffende Stelle hingeleitet, aufgedrückt, der Stachel vorgestoſsen und der Troicart eingestochen. Um sich zu überzeugen, daſs er in das Parenchym des Organs weit genug eingedrungen ist, dilatiert man mit dem im Rectum verbliebenen Zeigefinger den After etwas gegen das Steiſsbein zu, so daſs der Troicart Raum bekommt, und macht nun mit demselben kleine Bewegungen, indeſs die Zeigefingerspitze kontrolliert, ob die Prostata diesen Bewegungen folgt. Ist dies der Fall, so zieht man den Stachel zurück, schiebt in das auſserhalb des Anus gebliebene Ende der Kanüle die mit der Jodlösung gefüllte und bereitgehaltene Pravaz-Spritze in der Länge ihrer Nadel ein und füllt so zunächst die Kanüle mit der Lösung, dann wird die Nadel von der Spritze abgenommen und deren Ansatz, welcher in die Offnung der Kanüle gut passen muſs, in die Kanüle eingesetzt und nun die Einspritzung in der beabsichtigten Quantität vollzogen (12—120 Tropfen). Zum Schluſs wird der Troicart samt der Spritze vorsichtig drehend zurückgezogen, während der Zeigefinger die Prostata fixiert. Bei den im Aarauer Spital ausgeführten Injektionen (das Material von Bircher liegt der Arbeit in der Hauptsache zugrunde) wurde eine einfache graduierte Punktionsspritze mit geradem Ansatz von 8—10 cm Länge angewandt. Vor der Operation Reinigungsklystier. Nachdem der Patient in Steinschnittlage gebracht ist, wird die mit dem abgemessenen Quantum der Injektionsflüssigkeit sterilisierte Spritze so gefaſst, daſs die zur Bildung der Nadelspitze abgeschliffene Fläche gegen die Spitze des geölten Zeigefingers gepreſst wird (Zuhilfenahme der anderen Hand). Befolgt man genau diese Regel, so riskiert man keine Nebenverletzungen und kann direkt auf den zu injizierenden Teil der Prostata vordringen. Hat man diesen gefunden, so wird die Nadel ca. 1 cm tief eingesenkt und die Injektion vollzogen. Es muſs unbedingt vermieden werden, daſs der Einstich zu kurz oder zu lang ausfällt, weil dadurch Komplikationen erzeugt werden können; andere Komplikationen drohen von der Verletzung der arteriellen und venösen Blutgefäſse der Prostata.

Heine verwendete bei allen seinen Injektionen ein Gemisch von Tinctura jodi 60,0, Kalii jodati 4,0, Aqu. dest. 120,0, von welchem er 12—20 Tropfen einspritzte Bircher verwendet alkoholische reine Jodtinktur in Einzeldosen von 1—2—3 ccm, je nach der Gröſse des Tumors. Um einen therapeutischen Erfolg zu erzielen, genügt manchmal eine einzige Injektion, bei gleichmäſsiger Hypertrophie eine einmalige Doppelinjektion; im allgemeinen, besonders in höheren Graden, gelangt man erst nach mehrmaliger Einspritzung, die man in Intervallen von zehn bis zwölf Tagen ausführt, zu einem günstigen Resultat.

Bei der Zusammenstellung und Beurteilung der bisher publizierten Fälle bringt Verfasser auszugsweise das Wichtigste aus 30 Krankengeschichten. Während der Behandlung verstarben sieben Patienten = 23—33 % im durchschnittlichen Alter von 72 Jahren; ungebessert traten aus 2 = 6,67 %; gebessert 10 = 33,33 %; geheilt 11 = 36,67 %; alle drei Kategorien im durchschnittlichen Alter von 70 Jahren. Nur in einem der ad exitum gekommenen Fälle läſst sich ein Konnex zwischen Injektion und Exitus annehmen. (Wahrscheinlichkeit der Verletzung des Plexus prostaticus.) In allen übrigen Fällen ist der Tod auf intercurrente anderweitige Affektionen oder auf früher bestandene Leiden zurückzuführen, wie ganz deutlich aus den Krankengeschichten zu ersehen ist. Bei solchen Fällen, in denen schwerere Veränderungen der oberen Harnwege vorhanden sind, ist die Injektionsmethode nicht zu empfehlen. Krankhafte Nebenwirkungen der Jodinjektionen traten in etwa der Hälfte der Fälle zutage: vermehrter Harndrang, brennende Schmerzen in der Blase und Urethra, Temperatursteigerungen. Sie gehen recht bald zurück.

Eine günstige Wirkung der Jodinjektionen wurde in 21 Fällen = 70 % konstatiert.

Auf Grund dieser am Aarauer Spital gesammelten Erfahrungen hält es Verfasser für gerechtfertigt, die Heinesche Methode einer allgemeineren Beachtung wiederum zu empfehlen. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik der Radikaloperation der Prostatahypertrophie, von Heinrich Kock. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) An der Kieler chirurgischen Klinik wird die Prostatektomie in Betracht gezogen bei gutem Kräftezustand des Patienten und gesunden Nieren, und zwar wird der Prostatectomia suprapubica der Vorzug gegeben, wenn noch keine Cystitis besteht und die cystoskopische Untersuchung ergeben hat, daſs die Prostata nach der Blase prominiert, oder wenn, falls eine cystoskopische Untersuchung unmöglich ist, die Prostata vom Peritoneum schwer zu erreichen ist. Besonders werden auch weiche Prostatae für die suprapubische Enukleation bevorzugt. Die Prostatektomia perinealis wird besonders ausgeführt bei starker Entwicklung der Seitenlappen und Hervorragen des Tumors gegen das Rektum; ferner bei infizierter Blase. Die an der Kieler chirurgischen Klinik wegen Prostatahypertrophie mit Prostatektomie behandelten Fälle belaufen sich auf sechs, nachdem bis zum Jahre 1905 die Deferentektomie neben der Katheterbehandlung fast ausschlieſslich das Feld behauptet hatte. Als Voroperation wird an der Kieler Klinik vor Ausführung der Prostatektomie stets die Deferentektomie vorangeschickt, weil alsdann die durch den eingelegten Dauerkatheter sonst leicht herbeigeführte Epididymitis vermieden wird. Ferner soll man in den Fällen, wo es sich um erstmaliges Auftreten einer Retention oder um beginnende Prostatikerbeschwerden handelt, zunächst die Deferentektomie ausführen und abwarten, in welcher Weise dadurch die Prostata beeinfluſst wird. Erfolgt keine günstige Wirkung, so ist bei obengenannten Bedingungen die Radikaloperation in der bezeichneten Weise zu empfehlen.

Verfasser teilt die Krankengeschichten seiner sechs Fälle mit.

Die möglichen Folgen der perinealen Methode sind quoad vitam weniger gefährlich als die mit der suprapubischen Operation häufig verbundenen, gelingt es aber, bei der Prostatectomia suprapubica die Komplikationen zu vermeiden, oder erfolgreich zu bekämpfen, so ist der Erfolg gewöhnlich ein ungleich besserer als bei den perineal Operierten.

Trotz der etwas gröſseren Lebensgefahr bei der Prostatectomia suprapubica im Gegensatz zur geringeren Gefährlichkeit der perinealen Methode ist wegen des ungleich besseren Erfolges die erstere Operation vorzuziehen, wo immer die Indikationen dazu da sind. *Fritz Loeb-München.*

Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 23.) Bericht über eine erfolgreiche Operation.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Diagnose der Hauteffloreszenzen durch methodisches Abschaben, von Jourdanet. (*Presse méd.* 1907. Nr. 51.) Aufzeichnungen nach einer von Brocq gehaltenen Vorlesung. Das Abschaben geschieht mit einer stumpf-U-förmigen Vidalschen Curette. In typischen Fällen sieht man dann folgendes:

Psoriasis: Geschichtete, perlmutterglänzende Schuppe, darunter ein zartes Häutchen, in Fetzen oder im ganzen abhebbar, und darunter eine glänzende Fläche mit punktförmigen Hämorrhagien.

Parapsoriasis: Rote Fläche mit trockenen, weniger geschichteten und adhärenten Schuppen, kein abhebbares Häutchen. Leichte Verletzbarkeit der Hautgefäfse (Purpura).

Ekzema seborrhoicum Unna:

a) Parakeratosis psoriasiformis sicca: Der Befund liegt in der Mitte zwischen denen bei Psoriasis und Parapsoriasis, man sieht ein Gemisch von Hämorrhagie und Purpura.

b) Parakeratosis psoriasiformis mit Tendenz zur Bläschenbildung: Aus kleinsten Vertiefungen der Epidermis, welche histologisch lädierte Bläschen sind, quillt eine zitronengelbe seröse Flüssigkeit heraus, die sich dann mit Blut vermischt. Aufserdem besteht Purpura.

Pityriasis rosea Gibert. Nicht geschichtete Schuppen, darunter Purpurafleckchen, alles nur am Rande der Effloreszenz. Zuweilen auch etwas seröse Exsudation und Hämorrhagie.

Dermatose figurée médiothoracique (Ekzema seborrhoicum): Seröse Exsudation, Hämorrhagie, Bläschenbildung.

Lichen ruber planus: Konsistentes Knötchen, Purpura. Bei weiterem Schaben Abhebung der Epidermis unter Hämorrhagie. Bei frischen Effloreszenzen sieht man nach Abschabung zahlreicher feiner Schüppchen die Oberfläche der charakteristischen weifsen Streifen.

Lupus erythematodes: Schuppe, adhärent an Fortsätzen in der Epidermis. Erhebliche Blutung.

Psoriasiforme Syphilide: Beim Abschaben entsteht sehr leicht Purpura.

A. Schucht-Danzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. №. 9. 1. November 1907.

Aus der Poliklinik des St. Lazarus-Hospitals und dem Institute für pathologische Anatomie des Prof. PRZEWOSKI.

Ein Fall von punktförmigem Hautangiom und dessen Verhältnis zu Angiokeratoma MIBELLI.

Von

Dr. FELIX MALINOWSKI in Warschau,
Arzt am St. Lazarus-Krankenhause.

Mit einer Abbildung im Text.

Der am 4. November 1904 in der Warschauer Gesellschaft der Ärzte demonstrierte Fall soll wegen seiner ungewöhnlichem Form und seines Verhaltens dem Angiokeratom gegenüber veröffentlicht werden.

Anfangs 1904 konsultierte mich im Ambulatorium des St. Lazarus-Hospitals die 20jährige R.; dieselbe bot folgende Symptome: Die rechte obere Extremität und zwar die Beugeseite vom Halse bis zur Hand und die Beugeseite des linken Vorderarmes sind mit gruppenweise angeordneten Effloreszenzen bedeckt. Dieselben sind rundlich, stecknadelspitzen- bis stecknadelkopfgrofs. Ihre Farbe ist rot oder bläulich, in der Mitte sind sie intensiver gefärbt als an der Peripherie. Die Flecken stechen auf der zarten, weifsen Haut scharf hervor. Einige davon liegen so oberflächlich, dafs sie an der Oberfläche der Epidermis zu liegen scheinen; durch ein Vergröfserungsglas betrachtet, bilden sie geringe Erhebungen an der Hautoberfläche, andere liegen etwas tiefer in der Cutis. Hier und da sieht man deutlich, wie unter den oberflächlichen Flecken tiefere, andersgefärbte und verschieden grofse liegen. Die einzelnen Effloreszenzen sind ziemlich scharf umgrenzt, blassen bei Druck ab, verschwinden jedoch nicht ganz. Die umgebende Haut ist vollständig normal. Die Flecken gruppieren sich in halb- bis einrubelgrofsen Effloreszenzen. In der Mitte der Gruppen sind die Flecken gröfser, an der Peripherie kleiner. Manche Gruppen berühren fast einander, andere rücken auseinander und bedecken die ganze Extremität, während sie von ihrer Mittellinie nach rechts oder links ab-

weichen. Der Krankheitsprozeſs währt seit zwei Jahren und macht sehr langsame Fortschritte, wobei längs der Beugeseite der Extremität neue Gruppen so entstehen, daſs die frischen Flecke peripher von den alten auftreten; letztere werden etwas gröſser, rücken der Oberfläche näher und bekommen eine deutlichere Färbung. Am linken Vorderarm sollen die Flecken erst vor mehreren Monaten aufgetreten sein.

Patientin ist körperlich normal entwickelt. Allgemeinbefinden gut. Schleimhäute rosarot, etwas blässer als die normalen. Am Halse schwache, venöse Geräusche. Die Harnanalyse ergibt quantitativ und qualitativ normale Verhältnisse. Das Zahlenverhältnis der roten zu den weiſsen Blutkörperchen ergibt 250 : 1; Hämoglobingehalt nach Fleischl 80%. Es



Oc. 2, Ob. AA (Zeiss).

wurde zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung aus dem rechten Arm eine Effloreszenz exzidiert, die Hautpartie in Formalin fixiert und in Paraffin gehärtet.

An den Serienschnitten sieht man folgendes:

In der Papillarschicht bemerkt man (s. Zeichnung) ovale, längliche, mit Blut gefüllte Höhlen. Ihr Durchmesser entspricht ungefähr 1—4 Papillen. Die Höhlen liegen fast unmittelbar unter dem Epithel, welches sie ein wenig vorwölben, obwohl man ihnen auch in der Tiefe begegnet, wo sie selbst schichtenweise liegen, und zwar sind die tiefer gelegenen gewöhnlich kleiner als die oberflächlichen und mit normalem Endothel ausgekleidet. Das Bindegewebe der Höhlenwand ist verschieden. In der Regel begegnet man in den gröſseren Räumen mehreren Schichten dicker, leimhaltiger Fasern, ja selbst deutlichen elastischen Fasern, während die

Wandung der kleineren und zuweilen auch die das Epithel vortreibende Wand der gröſseren Räume viel dünner ist. Zuweilen sind die Zellen der Höhlenwand mäſsig vermehrt, ihre Form ist manchmal den Endothelzellen ähnlich, auch liegen sie parallel den letzteren. Auch lymphocytenähnliche Gebilde kommen vor. Die Wandungen der unter dem Epithel liegenden Höhlen enthalten spärliche Zellen.

An vielen Stellen erscheinen die oben beschriebenen Räume als Fortsetzung der Hautkapillaren. Die mit den Räumen kommunizierenden Gefäſse steigen aus der Tiefe der Haut gerade aufwärts, nicht schlängelnd. Manche erscheinen wie dilatiert, und ihre Wände sind verdickt. Das Epithel ist allenthalben ziemlich dünn und besteht aus einer Reihe cylindrischer Zellen der Grundschicht, aus mehreren Schichten von Stachelzellen, einer Reihe granulierter und einer dünnen Schicht Hornzellen. Das Epithel erscheint neben den vorgewölbten Höhlen verdünnt und besteht aus abgeflachten Grundzellen, aus einer oder mehreren Schichten Stachelzellen, an welche sich eine mehr oder weniger dünne Hornschicht reiht. Bemerkenswert sind im Epithel groſse, perinukleäre Räume; dieselben kommen besonders oft in der Stachelzellenschicht vor. Sonst erscheint das Bindegewebe im Bereiche der Höhlen unverändert; vielleicht sind die glatten Hautmuskeln etwas hyperplastisch.

Die Höhlen sind als Gefäſserweiterungen zu betrachten; die Wand derselben ist, statt dünn, stärker entwickelt. Die Wand der zuführenden Gefäſse scheint auch etwas verdickt zu sein. Dies beweist, daſs die Höhlen keine gewöhnlichen Gefäſserweiterungen, sondern Gefäſsneubildungen sind (Haemangioma superficiale cavernosum punctiforme systematisatum). Die ungewöhnliche Gruppierung der Effloreszenzen spricht auch für Angiom, welches im späteren Alter, nämlich im 18. Lebensjahre der Patientin, zur Entwicklung gelangte.

Wie schon erwähnt, sind die Flecken rot oder bläulich. Auch mikroskopisch ist die Wand der Höhlen von verschiedener Dicke. Man könnte daher meinen, daſs ein Teil der Räume aus Arterien, ein anderer aus Venen entsteht. Indessen entspricht die Höhlenwand nur den Kapillaren, da nirgends glatte Muskelfasern zu finden sind. Nach VIRCHOW beruht der Unterschied in der Färbung auf der mehr oder weniger tiefen Lokalisation der Angiome oder auf gewissen Kreislaufsverhältnissen; diese Ansicht wird auch von UNNA geteilt. Das oben beschriebene Angiom ist zugleich bemerkenswert wegen seines Verhaltens zum Angiokeratom MIBELLI.

Ich halte beide Prozesse für identisch. Die Unterschiede sind nicht wesentlich, sondern zufällig. Das Angiokeratom ist durch kavernöse, in der Haut als rundliche Flecke auftretende Angiome charakterisiert. Der Prozeſs beruht auf Gefäſsneubildung in den Papillen, gewöhnlich in jugendlichem Alter. Andere Zeichen des Angiokeratoms sind nicht konstant.

Von diesen tritt die übermäfsige Verhornung erst in den späteren Stadien der Effloreszenzbildung auf. Zuweilen fehlt sie gänzlich oder atrophiert mit der Zeit (Fox-Dubreuilh). Auch die Lokalisation an den Fingerrücken ist keine konstante Erscheinung. Wir begegnen dem Prozesse an verschiedenen Stellen der oberen Extremität und am Ohr, abgesehen von anderen, durch manche Autoren, wie es scheint, mit Unrecht in Frage gestellten Körperregionen.

Auch die Erfrierung spielt als Ursache des Angiokeratoms keine entscheidende und charakteristische Rolle. Zwar wurde das Angiokeratom hauptsächlich nach Erfrierung der Extremitäten beobachtet, doch könnte man in diesen Fällen mit gleichem Rechte an Chlorose oder Tuberkulose als ätiologisches Moment denken. Auf dem letzten deutschen Kongresse für Dermatologie in Bern demonstrierte Grouven einen analogen Fall als Angiokeratoma Mibelli mit ungewöhnlicher Lokalisation. Er zitierte dabei den Fall von Fabry, welcher trotz seiner Ausbreitung am ganzen Körper für Angiokeratom gehalten wurde. Baum, welcher makroskopisch keine übermäfsige Verhornung sah, rechnete den Fall von Grouven zu „Naevus unius lateris“. Kreibich hielt ihn für „Naevus vascularis unius lateris“. Meines Erachtens hatten beide recht, denn der Fall Grouvens war ein Angiokeratom, das an Stellen lokalisiert war, welche für übermäfsige Verhornung ungeeignet sind.

Literatur.

Mibelli, L'angiokeratoma. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891.
Brocq, Un cas d'angiokératoma. *Ann. de derm.* 1892.
Thibierge, Angiokératoma des mains. *Ann. de derm.* 1892.
Audry, Angiokératoma des mains. *Ann. de derm.* 1892.
Dubreuilh (Soc. de derm.). *Ann. de derm.* 1892.
Wiśniewski, Zur Kenntnis des Angiokeratoma. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. XLV.
Rau, Über einen Fall von Angiokeratoma (Mibelli). *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 40. Nr. 8.
Frohwein, Zur Angiokeratomfrage. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 42. Nr. 7.
Fabry, Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica. *Virchows Archiv.* 1898.
De Beurmann et Gougerot, Un cas d'angiokératome de Mibelli. *Ann. de Derm. et Syph.* 1905. Nr. 11.
La prat. Derm. Bd. I. Angiokératome de Mibelli-Dubreuilh.
Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten.
Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. IX. Kongrefs. S. 327

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Über das „Lanolin" der menschlichen Haut.

Von

P. G. Unna.

(Fortsetzung und Schlufs.)

IV.
Neuere Arbeiten.

Ehe ich nun an meine eigenen Untersuchungen herangehe, mufs ich noch verschiedener Arbeiten gedenken, die in neuerer Zeit die Frage der Hautfette erörtern und natürlich auch die Wollfettfrage dabei streifen.

In erster Linie kommt die Arbeit von W. G. Ruppel: Über die Vernix caseosa[43] in Betracht, da derselbe in diesem Material neben Cholesterin auch Isocholesterin auffand, einen sonst nur dem Wollfett eigentümlichen Körper. Er verfuhr so, dafs er aus dem Ätherextrakte der Vernix caseosa (13,872%) die beim Verseifen erhaltene unverseifbare Substanz durch nochmaliges Umkristallisieren aus Alkohol reinigte und sie nach Obermüller in die Benzoylverbindung überführte. Beim Verdunsten der ätherischen Lösung schieden sich hierbei zwei Benzoylester ab, einer als lockeres Pulver, der andere in regelmäfsigen Blättchen. Mit Natriumalkoholat zerlegt, erwies sich die eine Substanz als Cholesterin, die andere als Isocholesterin. Letzteres wurde als solches erkannt, indem es sich in heifsem Alkohol löste, nach dem Erkalten eine gelatinöse Masse bildete und aus Äther in mikroskopischen Nadeln kristallisierte, deren Schmelzpunkt bei 137° lag. Beide Verbindungen lieferten die Cholestolreaktion, nur dafs beim Isocholesterin der Farbenübergang von Rot über Blau in Grün etwas rascher zu erfolgen schien, als dieses beim Cholesterin der Fall war.

Dieser Befund, welcher eine weit gröfsere Verwandtschaft der Vernix caseosa zum Wollfett begründen würde als das etwaige Vorhandensein von Cholesterinestern (nach Liebreich, welche übrigens von Ruppel ebenfalls neben Glycerinfetten in der Vernix caseosa nachgewiesen wurden), bedarf zunächst jedenfalls einer sehr sorgfältigen Nachprüfung. Denn wir wissen zur Genüge, dafs das Isocholesterin die Liebermannsche

[43] Hoppe-Seylers *Zeitschrift für physiol. Chemie.* Bd. 21. 1896. S. 122.

Cholestolreaktion überhaupt nicht, sondern mit Essigsäureanhydrid und Schwefelsäure versetzt, unter grüner Fluoreszenz eine blutrote Färbung gibt. Hatte RUPPEL aber ein mit so viel Cholesterin verunreinigtes Isocholesterin vor sich, dafs die Mischung doch die LIEBERMANNsche Farbenskala zeigte, so konnte der Schmelzpunkt desselben nicht genau derselbe wie der des Isocholesterins (137°) sein.

V. LIEBLEIN,[44] welcher den Inhalt einer Dermoidcyste chemisch untersuchte, fand neben Cholesterin noch einen anderen Alkohol, der aber „sicher kein Isocholesterin war".

Es folgt nun die Habilitationsschrift von P. LINSER:[45] Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen. Diese unter RÖHMANN gearbeitete fleifsige Untersuchung enthält zum erstenmal ein reiches Material chemischer Daten über die Fette menschlicher Hautsekrete und menschlicher und tierischer Hornprodukte. LINSER kommt in bezug auf das von ihm „Hauttalg" genannte, fettige Hautsekret zu einem LIEBREICH schnurstracks widersprechenden Resultate. Er sagt (S. 16): „Der Hauttalg in seiner Gesamtheit ist aber nicht als Cholesterinfett zu betrachten, sondern besteht wahrscheinlich nur zum kleinsten Teil aus solchem. Einen grofsen Anteil an seiner Bildung haben die anderen Körper („Acetonkörper", „öliger Rückstand"). Diese Körper liefsen sich sicher in dem Sekret der Körperoberfläche, im Extrakt von Dermoiden, im Cerumen nachweisen; wahrscheinlich sind sie aber auch im Smegma vorhanden. Die verschiedenen Talgdrüsensekrete sind untereinander wenig verschieden. Alle zeichnen sich durch niederen Schmelzpunkt aus sowie durch niedere Säurezahlen, d. h. alle in ihnen enthaltenen Fettsäuren sind esterartig gebunden. Die Verseifungszahlen, die ausnahmslos unter den von Glyceriden der Fettsäuren bedingten Zahlen stehen, lassen den Schlufs zu, dafs auch der Hauttalg, wenn überhaupt (Glycerin-) Fette darin sind, neben diesen noch die Ester hochmolekularer Alkohole, z. B. Cholesterin und andere unverseifbare Substanzen enthielt. Die Jodzahlen endlich zeigen bei den Fettsäuren den Gehalt an Ölsäuren an. Im Gesamtätherextrakt kommen dazu noch als jodaddierende Substanzen die obenerwähnten Körper („Acetonkörper", Cholesterin, „öliger Rückstand"), bei denen wir ja ein mehr oder weniger hohes Jodabsorptionsvermögen finden." Isocholesterin hat LINSER in seinem Material nicht konstatiert, allerdings die Vernix caseosa auch nicht selbst untersucht.

Vom „normalen Hauttalge" hat sich LINSER die Ansicht gebildet,

---

[44] V. LIEBLEIN: Chemische Untersuchung einer Dermoidcyste. *Zeitschrift für physiol. Chemie.* Bd. 21. S. 285. 1896.

[45] Naumburg a. S. Lippert & Co. 1904.

dafs es ein „neutrales, nicht den Fetten, sondern den Wachsarten nahestehendes Produkt ist, das sich aus zwei Komponenten, den ätherlöslichen Substanzen des Horngewebes und dem Sekret der Talgdrüsen zusammensetzt. Das letztere wird offenbar in reichlicherer Menge ausgeschieden und überzieht die Haut mit einer mehr oder weniger dicken Schicht, während wir die ätherlöslichen Stoffe des Horngewebes als in oder zwischen den Hornzellen liegende Substanzen ansehen müssen, die nur in solcher Menge produziert werden, dafs sie dessen Lücken füllen.[46] Die ätherlöslichen Bestandteile des Horngewebes sind jedenfalls nicht aus besonderen Drüsen hervorgegangen, sondern aus den gewöhnlichen Epithelzellen des Stratum Malpighi. Das Plattenepithel der Hautoberfläche in ihrer Gesamtheit, also Stratum Malpighi wie Talgdrüsen, hat demgemäfs die Fähigkeit, ätherlösliche Stoffe zu bilden. Diese haben aber keine gleichartige chemische Zusammensetzung: das Sekret der Talgdrüsen differiert wesentlich von den ätherlöslichen Substanzen, welche die Horngebilde durchtränken. Diese Verschiedenheit beruht vor allem auf der verschiedenen Zusammensetzung des nicht verseifbaren Anteils. Bei den Hornsubstanzen ist es wesentlich das Cholesterin und seine Ester, während in dem Talgdrüsensekret nur wenig Cholesterin, dafür aber andere, C- und H-reiche Verbindungen vorhanden sind. Diese letzteren sind dem Cholesterin vielleicht verwandt, vielleicht nur Vorstufen desselben, die hier in den Talgdrüsen sofort nach aufsen sezerniert werden, dort aber auf dem längeren Wege durch die Schichten des Plattenepithels mit ihren tiefgreifenden Wandlungen vom Stratum germinativum zum Stratum corneum, vielleicht auch unter Mitwirkung der Luft nach und nach in Cholesterin übergehen."

Diese Hypothese von Linser über die allmähliche Entstehung des Cholesterins in dem Deckepithel im Laufe der Verhornung aus verwandten Stoffen, die die Talgdrüse direkt nach aufsen sezerniere, ist, von anatomischer Seite betrachtet, ganz unhaltbar. Sie zieht gar nicht die Grundtatsache in Rechnung, die wir seit Buzzis Arbeit zur Genüge kennen, dafs bereits die jüngsten unverhornten Stachelzellen des Deckepithels, die gesamten Knäueldrüsen usw. die Cholestolreaktion in typischer Weise geben. Sie vergifst ebenso die Erfahrung von Hoppe-Seyler, dafs alle entwicklungsfähigen Zellen Cholesterin enthalten. Also ein Altersprodukt, ein eventuell unter Mithilfe der Atmosphäre in dem Deckepithel sich allmählich bildender Stoff ist das Cholesterin am allerwenigsten.

Ein noch schwerer wiegender Irrtum durchzieht die ganze, sonst sehr verdienstvolle Arbeit von Linser in bezug auf die Herkunft des von ihm

---

[46] Welches Recht haben wir, die **in** den Hornzellen befindlichen Fettstoffe zu dem „Hauttalge" zu rechnen? Unna.

sog. Hauttalges. Es existiert nun einmal der Begriff der Talgdrüsen, und es wird keinem Chemiker gelingen, den menschlichen Hauttalg anders als aus den Talgdrüsen, einem anatomisch genau bestimmten und stets sicher bestimmbaren Gebilde, abzuleiten. Auf der einen Seite erweitert nun LINSER den einfachen und klaren Begriff des Hauttalges, indem er unter denselben noch ein Fett der Oberhautzellen subsummiert, welches er nur chemisch, nicht anatomisch kennt und für welches er keine histologische Grundlage angeben kann.[47] Das ist schon sehr bedenklich und mufs in Zukunft zu Verwirrung im Begriffe des „Hauttalges" führen. Es wäre richtiger und logischer gewesen, eine höhere Kategorie, etwa des „Hautfettes" usw. zu schaffen und darunter einerseits das „Talgfett" der Talgdrüsen und andererseits das „Hornschichtfett" zu subsummieren, zumal da gerade LINSER für die bedeutende Verschiedenheit beider eintritt. Fragen wir aber, wie er denn seinen Hauttalg gewonnen hat, so erfahren wir (S. 6), dafs er den Rumpf mit einem in Petroläther getauchten Gazebausche abrieb. In einem solchen Gazebausche ist nun sicher das Fett zu erwarten, welches der Hornschicht und den Lanugohärchen äufserlich imbibiert anhaftete, also sicher das Fett, das aus den kleinen Talgdrüsen der Lanugohaare stammte, und sicher das Fett, das aus dem viel bedeutenderen Volumen der Knäueldrüsen derselben Regionen herkam und in der Hornschicht imbibiert war. Diese zwei anatomisch und vielleicht auch chemisch differenten Fette waren sicher zu erwarten. Unsicher dagegen — und nur durch eigens daraufhin gerichtete histologische Untersuchungen zu erweisen — waren bei einer solchen äufserlichen Entfettung erstens: das Fett, welches im Innern der Hornzellen eingeschlossen war und denselben sonst nur durch längere Behandlung mit Äther, Chloroform usw. entzogen wird, zweitens: das Talgdrüsenfett, welches nach der Theorie von LINSER ebenfalls (aus den kleinen Talgdrüsen der Lanugohärchen austretend) in die umliegende Hornschicht imbibiert sein soll, und drittens: das Fett im Innern der Haarzellen der Lanugohaare. Jedenfalls hatte also LINSER in seinen Gazebäuschen zwei differente Fette, Talgdrüsenfett und Knäueldrüsenfett, vielleicht vier Fette: nämlich aufser diesen beiden noch Hornzellenfett und Haarzellenfett, niemals aber hatte er ein einfaches, einheitliches Talgdrüsenfett, also einen reinen Hauttalg bei diesen Versuchen.

Diese starke Verunreinigung des „Hauttalges" von LINSER springt weniger in die Augen, weil der Autor in der Einleitung (S. 4, 5) den Anteil, welchen die Knäueldrüsen an dem gesamten Fett der Hautober-

[47] Offenbar angeregt durch die LIEBREICHsche Theorie des „Lanolingehaltes der menschlichen Haut".

fläche sicher haben, als eine zu vernachlässigende Gröfse hinstellt, einerseits, da seine Menge im sezernierten Schweifse allzugering, andererseits, da das Fett der Knäueldrüsen histologisch nicht einwandfrei bewiesen sei. Der erstere Beweis ist nicht stichhaltig, denn die Bestimmung der normalen Zusammensetzung und Reaktion des Schweifses durch die Untersuchung des nach forciertem Schwitzen im Gummisack gesammelten Produktes ist und war stets eine durchaus verfehlte. Dieses Produkt setzt sich zusammen aus dem Schweifs der ruhenden Knäuel, dem Schweifs der forciert transpirierenden Knäuel, aus kondensiertem Wasserdunst und mazerierter Hornschicht. Keinenfalls gibt aber diese die Oberhaut auf die Dauer schädigende Prozedur eine wahre Vorstellung von dem der Oberhaut konstant zufliefsenden, schützenden Fette der Knäueldrüsen. Nicht recht begreiflich ist es, weshalb LINSER der Gewinnung seines Hauttalges aus der Hohlhand gänzlich aus dem Wege geht. Hier, wo nur Knäueldrüsen sind, hatte er ja, wenn er doch, woran kein Zweifel ist, Fett im Schweifs gefunden hätte, seinen Hauttalg nur auf die Knäueldrüsen beziehen können. Dieses Umgehen der für den Schweifs wichtigsten Hautpartie des Körpers wird damit motiviert, dafs „die Gefahr der Beimengung fremden Fettes an den nicht bedeckten Körperteilen zu grofs erscheint".[48]

Ebenso bedenklich ist der folgende Satz: „Die mikroskopischen Befunde von osmierbaren Substanzen in den Schweifsdrüsen besitzen dem (d. h. seinen Einwänden) gegenüber natürlich keine Beweiskraft, um so weniger, als eine Schwärzung mit Osmium nicht ohne weiteres auf Fette zu beziehen ist." Zweifelt LINSER wirklich an der Fettsekretion der Knäueldrüsen? Das wäre für einen Dermatologen ein nicht recht glaublicher Anachronismus, den ihm die alten Anatomen: KRAUSE, KÖLLIKER, MEISSNER und HENLE wohl nicht verziehen haben würden, da wir diesen Fettgehalt nun schon seit 63 Jahren (1844) kennen. Aber er zweifelt vielleicht an der Beweiskraft der Osmiumbilder des Knäuelfettes, mit denen ich die Existenz desselben seit 1881 zu wiederholten Malen bewies. Zur Herstellung guter Osmiumbilder ist allerdings eine gewisse histologische Übung nötig;[49] inzwischen sind aber die Fettbefunde bekanntlich auch mittels Sudan und Scharlach erhoben worden, einer Darstellung, die keiner besonderen histologischen Übung bedarf. Übrigens zählt LINSER mich hoffentlich nicht zu denen, die „eine Schwärzung mit Osmium ohne weiteres auf Fette be-

---

[48] Im Gummisack fällt doch jede Verunreinigung fort. UNNA.

[49] BARLOW, ein Schüler NEISSERS, der eine gröfsere Arbeit über Osmierung des Hautpigments veröffentlichte, sagt: „Es scheint mir notwendig, zu erwähnen, dafs die schwarzen Tröpfchen im Knäuelteile der Schweifsdrüsen nichts anderes darstellen als Fett."

ziehen",[50] und es wäre auch ungerecht, da ich meine Befunde hauptsächlich und früher ausschliefslich mit FLEMMINGS Lösung erhielt, die bekanntlich wegen ihres Chromsäuregehaltes nur Fett und nicht Pigment schwärzt und auch von LEDERMANN und BARLOW (1895) als einwandfreies Reagens auf Fett anerkannt wurde. Lieber hätte sich LINSER mit solchen Gründen nicht der Mühe entziehen sollen, unter den Fetten der Hautoberfläche eine reinliche Scheidung vorzunehmen.

Von histologisch einheitlichem Hauttalge hat LINSER überhaupt blofs den Inhalt einiger Talgdrüsencysten untersucht, der nur Spuren von Cholesterin (von Isocholesterin wird nichts gesagt) enthielt. Hier wie auch sonst in der ganzen Arbeit findet sich kein Hinweis, dafs die menschliche Haut aufser dem Cholesterin irgendwelche für das Wollfett charakteristische Substanz enthielte.

RÖHMANN, unter welchem LINSER gearbeitet hatte, hielt im nächsten Jahre einen Vortrag über einen neuen Bestandteil des Wollfettes.[51] Eine ausführliche Arbeit mit analytischen Daten über diesen Gegenstand steht noch aus. Wir können uns daher nach dem bisher erschienenen kurzen Bericht noch keine ausreichende Vorstellung von dem neuen Körper, den RÖHMANN Lanocerin zu nennen vorschlägt, machen, insbesondere, worin er sich von dem schon länger bekannten Wollwachs (DARMSTÄDTER) unterscheidet. Die Darstellungsmethode, bei RÖHMANN Ätheralkohol, bei SPIEGEL Propylalkohol, bei DARMSTÄDTER Amylalkohol, wird wohl nicht zu ganz verschieden gearteten Produkten führen.[52] RÖHMANN glaubt freilich, dafs das Lanocerin ein inneres Anhydrid der Lanocerinsäure ist, und gibt an, dafs dasselbe durch Kochen mit alkoholischer Kalilauge in das Kaliumsalz der Lanocerinsäure (DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ) übergeht. Leider erfahren wir nichts darüber, ob RÖHMANN bei dieser Behandlung mit alkoholischer Kalilauge mit negativem Resultat nach Alkoholen gesucht habe und deshalb das Lanocerin nicht als Ester, sondern als Lacton (inneres Anhydrid) betrachtet. Jedenfalls findet sich in dieser Beziehung in seinen Angaben ein unerklärlicher

---

[50] Obigen Satz hätte wohl LINSER kaum drucken lassen, wenn er meine neueren Arbeiten darüber:

Die Funktion der Knäueldrüsen des Menschen. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1894. Nr. 1 und 2,

Die Fettfunktion der Knäueldrüsen usw. Ebenda 1898. Nr. 43,

Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. 26. S. 601,

gelesen hätte.

[51] F. RÖHMANN, Über das Lanocerin, einen neuen Bestandteil des Wollfettes. *Centralbl. f. Physiol.* 1905. Bd. 19. Nr. 10.

[52] s. die Ansicht von LIFSCHÜTZ über RÖHMANNS „Lanocerin". S. UNNA und LIFSCHÜTZ, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 45, S. 234.

Widerspruch, da Röhmann gleich darauf von „nicht vollkommen verseiftem Lanocerin" spricht, was doch keinen Sinn hat, wenn Lanocerin kein Ester ist. Wir können mithin das Lanocerin von Röhmann bisher noch nicht als einen neuen und zugleich sichergestellten Bestandteil des Wollfettes betrachten, mit dem wir bei der Untersuchung der Haut auf Bestandteile des Wollfettes zu rechnen hätten.

Eine nähere Beziehung zu diesem unserem Thema hat die Mitteilung von Röhmann nur dadurch, dafs er auf Grund der eben besprochenen, in seinem Laboratorium ausgeführten Arbeit von Linser im Fette der menschlichen Talgdrüsen einen „dem Lanocerin ähnlichen" Körper, das Dermocerin, konstatiert. Da Röhmann in dem „Dermocerin" der Dermoidcysten den „Cetylalkohol" von v. Zeyneck wiederfindet, wir aber von Linser schon wissen (S. 12), dafs der „Cetylalkohol" von v. Zeyneck mit dem „Acetonkörper" von Linser identisch ist, so müssen wir wohl in dem „Dermocerin" Röhmanns den „Acetonkörper" Linsers wiederfinden. Für uns geht aus der vorläufigen Arbeit von Röhmann hervor, dafs in Zukunft bei Bearbeitung der Hautfette auch auf diese noch etwas problematischen Körper, wie „Dermocerin", „Acetonkörper", Bedacht genommen werden mufs.

Wir haben nun noch eine dritte, ebenfalls aus Röhmanns Institut hervorgegangene Abhandlung zu betrachten, die Arbeit von C. Siebert: Was wissen wir über die Zusammensetzung und Entstehung der fettigen Hautsekrete?[53] In dieser Abhandlung sucht Siebert die chemischen Arbeiten von Röhmann und Linser mit den mikroskopischen von Plato und Stern zu einem Gesamtbilde der Fettfunktion der Haut nach heutigen Begriffen zu vereinigen. Obwohl in bezug auf die uns interessierende Frage nach dem Vorkommen von Wollfettbestandteilen im menschlichen Hautfett keine anderen Tatsachen in diesem zusammenfassenden Referat enthalten sind, als sich bereits in den Arbeiten von Röhmann und Linser vorfinden, so nötigt mich die Art, wie darin historische Tatsachen über Hautfette behandelt werden, zu einer berichtigenden Nachlese, damit nicht auf Grund der Siebertschen Arbeit gewisse Irrtümer sich in der medizinischen Literatur festsetzen.

Nach Siebert soll E. Schulze „Liebreichs Angaben über den Gehalt des Wollfettes an Fettsäureestern des Cholesterins bestätigt" und sie dadurch erweitert haben, dafs er neben dem Cholesterin noch einen ähnlichen Körper, das Isocholesterin, auffand. In Wirklichkeit ist die Reihenfolge der Arbeiten eine ganz andere. E. Schulze hat bereits 1872 (Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. V.) das Vorkommen des Cholesterins, das Hartmann (Über den Fettschweifs der Schafwolle. Göttingen 1868)

[53] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 82. S. 371.

in Verbindung mit einer fetten Säure als Ester im Wollfett auffand, bestätigt und das mit dem Cholesterin isomere so wichtige Isocholesterin entdeckt. Dreizehn Jahre später (1885) erschien erst die Arbeit LIEBREICHS, in welcher er den schon bestehenden Namen Lanolin in die Medizin einführte, nachdem schon drei Jahre vorher BRAUN das „Rohlanolin", auf Grund der von BRAUN entdeckten Wasseraufnahme des Wollfettes, durch Kneten mit Wasser und darauf folgende Erhitzung reinigen lehrte (Patent von BRAUN 22516 vom Jahre 1882). Auch sogar die Abwesenheit des Glycerins in den Wollfetten und damit das Nichtvorhandensein von Glycerinfetten ist schon von HARTMANN und nach ihm von E. SCHULZE gefunden worden. Wir verdanken also LIEBREICH nur die Empfehlung des gereinigten Lanolins für medizinische Zwecke, nicht irgendeine neue Tatsache, welche die Zusammensetzung oder die sonstigen Eigenschaften des Wollfettes betrifft.

Eine ebenso unrichtige Darstellung gibt SIEBERT von den Arbeiten von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ. Er sagt: „Eine Nachprüfung dieser für die Dermatologie äufserst wichtigen Arbeiten (von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ), die ich auf Anregung von RÖHMANN ausführte, ergab eine Bestätigung der Angaben von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ, insofern als auch ich in dem Wollfett nur geringe Mengen von Cholesterinestern fand. Ferner ergab sich, dafs ein Teil der von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ gefundenen Verbindungen nicht als solche in dem Wollfett vorhanden sind, sondern erst während der Untersuchung durch Kochen mit alkoholischer Kalilauge entstanden sind. Der Weg der Untersuchung den ich einschlug, ging darauf aus, die verschiedenen Bestandteile des Wollfettes möglichst nur durch ihre verschiedene Löslichkeit in Lösungsmitteln wie Methylalkohol, Äthylalkohol, Äther usw. zu trennen. Es gelang mir, verschiedene Körper aus dem Wollfett zu erhalten, von denen der eine, bis jetzt am besten charakterisiert, von uns Lanocerin genannt wurde. Aus ihm bildet sich bei der Verseifung anscheinend die von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ beschriebene Lanocerinsäure."

Hiernach scheint es ja, als ob SIEBERT bei seiner Nachprüfung der Arbeiten von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ eine neue und bessere Methode angewandt hätte. Er hat jedoch in Wirklichkeit dieselbe Methode angewandt mit der geringen Differenz, dafs er für den Amylalkohol Ätheralkohol benutzte. Der Gang war aber derselbe: erst Isolierung des Wollwachses (DARMSTÄDTERS Patent 76613, 1892) resp. Lanocerins (RÖHMANN 1905) durch einfache Lösungsmittel und dann: darauf folgende Verseifung mit alkoholischer Kalilauge. Der Unterschied besteht nur darin, dafs DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ zahlreiche, genaue und, trotz verschiedenster Herkunft der Wollfette, gut übereinstimmende Zahlen bei ihren Analysen der Bestandteile des Wollwachses erhielten; dafs sie ferner durch Identi-

fizierung der Derivate der isolierten Bestandteile mit schon zum Teil bekannten Körpern[54] die Zusammensetzung geklärt und somit die verwickelte Frage über das Wesen des wachsartigen Anteils des Wollfettes wirklich gelöst haben, während uns SIEBERT zumutet, sein auf wesentlich unvollkommenere Weise gefundenes „Lanocerin" ohne irgendwelche analytische Belege und ohne jegliche chemische Charakteristik hinzunehmen. Höchstens kann man aus dem Gebrauch des Wortes „Verseifung" entnehmen, daſs SIEBERT das RÖHMANNsche „Lanocerin" doch eigentlich für einen Ester und nicht für ein Lacton hält.

Ich komme nun zu der Frage, wie sich SIEBERT zu dem hypothetischen Gehalt der menschlichen Haut an Cholesterinfetten stellt. Da müssen wir sehr genau unterscheiden zwischen Tatsachen und Schlüssen. Tatsächlich gesteht SIEBERT wie schon LINSER vor ihm unumwunden zu, daſs BUZZI und SANTI, die unter meiner Leitung arbeiteten, recht hatten mit der Behauptung, daſs überall, wo die LIEBERMANNsche Reaktion an menschlichen Oberhautprodukten positiv ausfällt, Cholesterin vorhanden ist, während für die gleichzeitige Gegenwart von Cholesterinestern kein sicherer Beweis vorliegt. Um so mehr muſs der folgende Satz wundernehmen: „Auf Grund dieser Tatsache" (= reichliche Anwesenheit von Cholesterin) „müssen wir also der Epidermis die Fähigkeit zusprechen, Cholesterinester usw. zu bilden." Man sieht, mit diesem kühnen Schlusse löst SIEBERT die so oft ventilierte, schwierige Frage mit überraschender Leichtigkeit. Wir finden bei SIEBERT keinen einzigen neuen Versuch oder Beleg, weder chemischer noch mikrochemischer Art, welcher das Vorhandensein von Cholesterinestern in der menschlichen Haut einwandsfrei beweisen würde. Er verfällt also in denselben Fehler wie LIEBREICH, aus allgemeinen Gründen das Vorhandensein von Cholesterinestern auch ohne Beweis anzunehmen.

V.

Untersuchung der Hautfette.

Mit dieser referierenden Arbeit von SIEBERT können wir die neueste Literatur über den Gegenstand abschlieſsen. Es geht zur Genüge aus der Besprechung hervor, daſs ganz neue Gesichtspunkte durch dieselbe nicht geschaffen sind. Nach wie vor bleibt es unsere Hauptaufgabe, die spektroskopische Methode zur Untersuchung der Hautfette und zwar zunächst in dem Sinne heranzuziehen, daſs wir mittels dieser Methode die für das Wollfett charakteristischen Körper in den Hautfetten suchen.

[54] Zum Beispiel wurde der neu gefundene Carnaubylalkohol von ihnen durch Oxydation in die bekannte Carnaubasäure übergeführt.

Sechs Hautfette verschiedenen Ursprungs lagen mir für diese Untersuchung vor:

1. Vernix caseosa-Fett,
2. Ohrenschmalz,
3. Fett der Subcutis,
4. Fett der Cutis,
5. Fett der Epidermis,
6. Nagelfett.

Das Fett der Vernix caseosa wurde gewonnen durch Abstreichen von der Haut des Neugeborenen mittels Glasspatels und sofortiges Eintragen in Äther, das Ohrenschmalz durch Ausspritzen des Gehörgangs mit Sodalösung und Eintragen der auf Fliefspapier getrockneten Masse in Äther. Die Hautfette wurden aus Stücken der normalen Fufssohle eines amputierten Unterschenkels in folgender Weise gewonnen. Zunächst wurde sorgfältig mit Hilfe des Rasiermessers und der krummen Schere das gesamte subcutane Fett abpräpariert, wobei besonders darauf Bedacht genommen wurde, auch die kleinsten mit blofsem Auge sichtbaren gelben Fettinseln zu entfernen. Darauf wurde die Haut in 0,5%ige Essigsäure gelegt, um die Oberhaut von der Cutis abzutrennen. Diese Trennung erfolgte mühelos nach drei Tagen. Nunmehr war die Haut horizontal in ihre drei natürlichen Schichten getrennt, die, jede für sich, durch Äther extrahiert wurden. Das Nagelfett wurde dadurch hergestellt, dafs 200 Nagelschnitzel (zirka 1,7 g) mehrmals mit Äther begossen wurden; die ersten beiden Extrakte wurden vereinigt, der dritte und vierte für sich geprüft.

Regelmäfsig wurde ein Teil der Hautfettextrakte direkt untersucht, ein anderer erst dem Verseifungsprozefs mit alkoholischer Kalilauge unterworfen, um aus eventuell vorhandenen Cholesterinestern die Cholesterine freizumachen. Ein Vergleich des Cholesteringehaltes des verseiften und unverseiften Extraktes zeigte dann, ob die Cholesterine als Ester in den Fetten vorhanden gewesen waren und in welchem Mafse. Die Verseifung aller Fette geschah in folgender Weise. Ein Teil des Fettes wurde mit acht Teilen $^1/_1$ normal alkoholischer Kalilauge auf dem Wasserbade mit Rückflufskühler drei Stunden gekocht. Sodann wurde auf dem Wasserbade der Alkohol verjagt und im selben Mafse durch Wasser ersetzt, bis die Flüssigkeit nicht mehr nach Alkohol roch. Eventuell vorhandene wasserunlösliche Alkohole, wie Cholesterin, schieden sich als Niederschlag ab. Danach wurde die auf dem Wasserbade gehaltene Flüssigkeit mit verdünnter Schwefelsäure angesäuert und solange erwärmt, bis die abgeschiedenen Fettsäuren in geschmolzenem Zustande sich auf der Oberfläche gesammelt hatten. Das Ganze wurde darauf im Scheidetrichter mit Äther geschüttelt und die ätherische, Fettsäuren und Alkohol enthaltende Lösung

Tabelle über Hautfette und deren Gehalt an Cholesterinen.

	Konsistenz		Farbe	Geruch	Cholesterin		Isocholesterin		Oxycholesterin	
	vor Verseifung	ausgesäuertes Verseifungsprodukt			im ursprünglichen Fett	in dessen Unverseifbarem	im ursprünglichen Fett	in dessen Unverseifbarem	im ursprünglichen Fett	in dessen Unverseifbarem
1. Vernix-Fett ...	weich	fest	grau	aromatisch	stark [1]	viel stärker	0	0	0	0
2. Ohrenschmalz .	weich	weich	gelblich	kein	ziemlich stark	etwas stärker	0	0	0	0
3. Subcutis-Fett ..	flüssig	fest	gelb	Öl-Geruch	sehr schwach	etwas stärker	0	0	0	0
4. Cutis-Fett	teils fest, teils flüssig	fest	gelblich	schwach	schwach	etwas stärker	0	0	0	0
5. Epidermis-Fett	fest	fest	weifs	kein	ziemlich stark	ebenso stark	0	0	0	0
6. Nagel-Fett	fest	fest	grau	ranzig	schwach	schwach	0	0	0	0

[1] Die Ausdrücke „stark“ und „schwach“ beziehen sich auf die Intensität der Grünfärbung bei der Cholestolreaktion sowie den Grad der „Tiefe“ (Dunkelheit) des charakteristischen Spektralbandes im Rot (zwischen den Linien B und C).

von der wäſsrigen Flüssigkeit getrennt, durch ein Doppelfilter filtriert und an der Luft der Verdunstung überlassen.

In der vorstehenden Tabelle sind die Resultate der vergleichenden Untersuchung der verseiften und unverseiften Extrakte übersichtlich zusammengestellt.

Das wichtigste Resultat dieser Tabelle ist die vollständige Abwesenheit von Isocholesterin und Oxycholesterin in allen sechs untersuchten Hautfetten, während alle Cholesterin, wenn auch in sehr verschiedener Menge, enthielten.

Die Untersuchung auf Cholesterin und Isocholesterin geschah gleichzeitig vermittels der LIEBERMANNschen Cholestolreaktion und der darauf folgenden spektroskopischen Beobachtung. Gleiche Mengen (0,05) des unverseiften Fettes und des Unverseifbaren wurden in 4—5 ccm Essigsäureanhydrid in der Wärme gelöst; nach dem Erkalten wurde das event. Ungelöste von der Lösung abfiltriert. Die klaren Lösungen wurden mit je ein bis zwei Tropfen konzentrierter Schwefelsäure versetzt, umgeschüttelt und stehengelassen. Je nach dem Gehalt an Cholesterin erschien nun die bekannte Reihenfolge der Farben: Rot, Blau, Grün, mehr oder weniger rasch und intensiv,[55] am stärksten beim Vernixfett, weniger bei dem Epidermisfett und Ohrenschmalz, viel weniger beim Cutis- und Nagelfett, kaum wahrnehmbar beim Subcutisfett. Die Verseifung brachte, mit Ausnahme des Epidermisfettes, bei allen Fetten eine Verstärkung der Grünfärbung hervor, eine Folge der Vermehrung des freien Cholesterins.

Hieraus ergibt sich in physiologischer Beziehung, daſs erstens der Cholesteringehalt proportional zunimmt und abnimmt mit dem Zellengehalt der Quelle des Fettes (am meisten in der Vernix caseosa und Epidermis, am wenigsten in der Subcutis) und zweitens daſs — entgegengesetzt der LIEBREICHschen Ansicht — grade allein das Epidermisfett keine Cholesterinester, sondern nur freies Cholesterin enthält, während die anderen Fette daneben noch mehr oder weniger an Fettsäuren gebundenes Cholesterin enthalten.

Die Spektren werden am deutlichsten, wenn die Lösungen einige Stunden gestanden haben; deshalb empfiehlt es sich, die Spektraluntersuchung zwischen der zweiten und vierten Stunde nach Anstellung der Reaktion vorzunehmen, auch wenn inzwischen das Aussehen der Lösungen sich verändert, ja sogar makroskopisch die Farbe eine blassere geworden ist. Es treten eben die von LIFSCHÜTZ genauer geschilderten Änderungen,

---

[55] Dort, wo die Grünfärbung sehr schwach war, gelang es nicht immer, vorher Rot und Blau deutlich wahrzunehmen.

Entwicklungsstadien der Spektren auf, die für uns nicht dasselbe Interesse haben wie die dauernden Endspektren. Diese Endspektren sind: beim Cholesterin ein schmaler, scharfer, tiefdunkler Streifen im äußersten Rot, beim Isocholesterin ein ebenso tiefdunkles Band im Grün. Der erstere zeigte sich stets, das letztere nie. Damit ist bewiesen, daß die sechs von mir untersuchten Hautfette frei von Isocholesterin waren.

Die Prüfung auf Oxycholesterin wurde mit einer gleich großen Menge der verseiften und unverseiften Hautfette folgendermaßen angestellt. Die Fette wurden in je 4—5 ccm Eisessig in der Wärme gelöst und zu den erkalteten Lösungen 5—6 Tropfen konzentrierte Schwefelsäure zugesetzt. Die Mischungen wurden tüchtig durchgeschüttelt und stehen gelassen. Weder sofort noch nach längerer Zeit trat die für Oxycholesterin nach LIFSCHÜTZ charakteristische Grünfärbung ein; natürlich ergab auch die Spektroskopie nur negative Resultate.

Hiermit ist bewiesen, daß die sechs Hautfette weder Isocholesterin noch Oxycholesterin enthielten, deren Nichtvorhandensein die Anwesenheit von Wollfett definitiv ausschließt.

Ich habe die Beantwortung der noch übriggebliebenen, oben im Verlauf der historischen Darstellung aufgeworfenen Fragen bis zum Schlusse gelassen, weil dieselbe von dem nunmehr in der Frage der Hautfette gewonnenen positiven Standpunkte aus sich einfacher und klarer erledigen läßt.

Unsere erste Frage: „Ist LIEBREICHS Lanolisierungsmethode geeignet, um im Hautfett Cholesterinfett (makroskopisch) nachzuweisen?" — welche als Resultat des kritischen Referats der Lanolinarbeiten bis 1894 ihre Berechtigung hatte, kann nun nach Kenntnisnahme der neueren Arbeiten über Wollfett schon nicht mehr so lauten. Denn erstens hat es sich herausgestellt, daß es gar nicht die Cholesterinester im Wollfett sind, welche das Lanolisierungsvermögen des Wollfettes bedingen, sondern einerseits in geringem Grade das freie Cholesterin, in viel höherem Grade die Gruppe der Oxycholesterine (Alkohol 2^c von DARMSTÄDTER und LIFSCHÜTZ)[56]. Würde daher wirklich nachgewiesen werden, daß ein bestimmter Teil des Hautfettes die Eigenschaft des Lanolisierens besitzt, so wäre damit durchaus nicht bewiesen, was LIEBREICH wollte, daß die Hautfette Cholesterinester enthalten, sondern nur, daß in denselben jene freien Cholesterine vorhanden sind, welche Träger der Hydrophilie[57] sind.

---

[56] S. UNNA u. LIFSCHÜTZ, Zur Kenntnis des Wollfettes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 45, Heft 5.

[57] So will ich fortan die Wasseraufnahmefähigkeit des Wollfettes nennen.

Damit hat die erste Frage, so wie ich sie im Anschluſs an LIEBREICHs Lehre formulierte, ihre Daseinsberechtignng verloren. Wir haben nun nur zu fragen, ob die verschiedenen Hautfette in der Tat Hydrophilie zeigen. Da dieselben alle keine Oxycholesterine enthalten, welche die stärkere Hydrophilie des Wollfettes bedingen, so ist eine eventuell vorhandene nur auf das in allen Hautfetten vorfindliche freie Cholesterin zu beziehen. Und sie zeigen in der Tat diese Eigenschaft, allerdings nur in geringem Grade. Herr Dr. RUNGE hatte die Freundlichkeit, folgende Mischungen für mich herzustellen, wobei mit dem Wasserzusatz soweit gegangen wurde, daſs die Grenze der Wasseraufnahmefähigkeit des Fettgemisches eben überschritten worden war.

1.		2.		3.		4.		5.		6.	
Vaselin	10	Vaselin	10	Vaselin	10	Vaselin	10	Vaselin	10	Vaselin	10
—		Vernixfett	0,2	Vernixfett verseift	0,2	Subcutisfett	0,2	Cutisfett	0,2	Epidermisfett verseift	0,2
Aqua	1	Aqua	4,5	Aqua	8,0	Aqua	2,0	Aqua	3,0	Aqua	12,0
Ergebnis:											
1.		2.		3.		4.		5.		6.	
Vaselin	10%	Vernixfett	45%	Vernixfett verseift	80%	Subcutisfett	20%	Cutisfett	30%	Epidermisfett verseift	120%

Diese Tabelle zeigt, mit der vorigen verglichen, eine sehr gute Übereinstimmung, insofern der dort nachgewiesene Gehalt an freiem Cholesterin in seinem Steigen und Fallen der hier nachgewiesenen Hydrophilie genau entspricht. Auch hier zeigt das Subcutisfett nur eine minimale, das Vernixfett und Epidermisfett eine relativ hohe Hydrophilie. Beim Vernixfett verdoppelt sich die Wasseraufnahmefähigkeit durch die Verseifung, was auch mit dem Befund der vorigen Tabelle übereinstimmt, indem daselbst durch die Verseifung die Cholestolreaktion viel stärker ausfällt.

Was die Frage 2 betrifft nach dem Vorkommen, respektive dem Nichtvorkommen von Glycerinfetten in reiner Hornsubstanz, welche Frage LIEBREICH durch Extraktion von Nagelsubstanz zu lösen versuchte, ohne uns seine Methode mitzuteilen, mittels der er sicher die Abwesenheit von Glycerinfetten nachweisen konnte, so hat diese Frage auch heute noch eine gewisse Bedeutung. Denn die Annahme eines während der Verhornung in den Epithelzellen auftretenden Fettes, sei es nun eines Glycerinfettes (BUZZI) oder eines Cholesterinfettes (LIEBREICH), erfreut sich noch immer allgemeiner Verbreitung. Leider ist ein menschliches Hornmaterial, welches nach seiner Entstehung ganz frei von dem Fett der Hautdrüsen ist, nur im Nagel vorhanden, und bisher war nur LIEBREICH in der glücklichen Lage, aus Nägeln eine für die Untersuchung

ausreichende Quantität Fett zu erhalten. Das mir zu Gebote stehende Nagelfett reichte wohl zur Ausführung der spektroskopischen Untersuchung hin, nicht aber zu einem systematischen Verseifungsprozess mit Gewinnung des Glycerins. Bei der geringen Bedeutung, welche diese Frage für die vorliegende Arbeit besitzt, mufs ich sie daher für jetzt übergehen, werde sie aber bei Gelegenheit des Studiums des Eleïdins wieder aufnehmen.

Die Fragen 3 und 4 in bezug auf die Cholestolreaktion des Cholesterins einerseits, der Cholesterinester andrerseits, haben schon oben ihre Erledigung gefunden.

Wir kommen mithin zu der Frage 5: „Enthält die Vernix caseosa Cholesterinester und ist sie deshalb (nach Liebreich) als „ein mit wenig Glycerinfetten gemischtes natürliches Lanolin“ aufzufassen?“ Diese Frage ist im Bisherigen bereits gelöst. Ich konnte auf spektroskopischem Wege mit Sicherheit nachweisen, dafs die Vernix caseosa, entgegen der Annahme von Liebreich und den Befunden von Ruppel, kein Isocholesterin und Oxycholesterin enthält, mithin auch kein „mit Glycerinfetten gemischtes natürliches Lanolin“ darstellt.

Da Ruppel aber so bestimmt das Vorhandensein von Isocholesterin in der Vernix caseosa als eine Tatsache hinstellt, lag es mir daran, meinen entgegenstehenden Befund noch einmal von autoritativer Seite nachprüfen zu lassen. Ich sandte deshalb eine gröfsere Quantität vom Ätherextrakt der Vernix caseosa an Herrn Dr. Lifschütz mit der Bitte, denselben einer analytischen Prüfung zu unterziehen. Darüber schrieb mir Herr Dr. Lifschütz folgendes:

„4,15 g des klar schmelzenden Vernixfettes ergaben nach Verseifung und Trennung des wasserunlöslichen Unverseifbaren von den wasserunlöslichen Fettsäuren

1,5 g Unverseifbares = 36%
2,5 g Fettsäuren = 60%.

Das Unverseifbare stellte einen weifsen, etwas fettig weichen Kristallkuchen dar. Es gibt eine aufserordentlich intensive Cholestolreaktion ohne jede Spur von Isocholesterinspektrum während der ganzen Dauer der Reaktion; es ist leicht löslich in heifsem Alkohol und kristallisiert daraus in den bekannten Cholesterintafeln. Dafs der Kristallkuchen Isocholesterin nicht enthält, geht mit Sicherheit auch daraus hervor, dafs er in warmem Methylalkohol (bei etwa 60°) sich vollständig klar löst, während selbst kleine Mengen Isocholesterin dabei fast quantitativ zurückzubleiben pflegen.“

* * *

Die Resultate dieser Arbeit lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Das Wollfett (und Lanolin) wird nicht durch das Vorhandensein von Cholesterin und Cholesterinestern charakterisiert, sondern durch den Nachweis von Isocholesterin (SCHULZE) und Oxycholesterin (LIFSCHÜTZ), Lanocerinsäure und Lanopalminsäure (LIFSCHÜTZ und DARMSTÄDTER).

2. Im Fett der Epidermis, Cutis und Subcutis der menschlichen Fuſssohle, im Ohrenschmalz, in den Nägeln und in der Vernix caseosa fehlen Isocholesterin (Spektrum der LIEBERMANNschen Reaktion negativ) und Oxycholesterin (LIFSCHÜTZsche Reaktion negativ). Dagegen weist die LIEBERMANNsche Reaktion in allen diesen Hautfetten freies Cholesterin nach.

3. Folglich ist in der menschlichen Haut kein Wollfett (und Lanolin) enthalten.

4. Die cholesterinfreien Cholesterinester des Wollfettes geben die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion nicht. Die Cholestolreaktion zeigt also nur das Vorhandensein von freiem Cholesterin, nicht das von Cholesterinestern an.

5. Abweichungen in der Farbenskala von irgendwelchen Cholesterin oder Isocholesterin enthaltenden Lösungen bei der LIEBERMANNschen Reaktion sind kein sicheres Anzeichen für das Fehlen dieser Körper, da die Spektren der abweichend gefärbten Lösungen trotzdem charakteristisch ausfallen können. Nur diese Spektren und ganz besonders die Endspektren zeigen das Vorhandensein oder Fehlen von Cholesterin und Isocholesterin mit Sicherheit an.

6. Von den sechs untersuchten verschiedenen Hautfetten enthielten alle bis auf das Epidermisfett neben Cholesterin mehr oder weniger groſse Mengen Cholesterinester; das Epidermisfett dagegen war fast frei von denselben und enthielt hauptsächlich nur freies Cholesterin.

7. Der Gehalt an freiem Cholesterin in den untersuchten Hautfetten nahm proportional zu und ab mit dem Zellengehalt des betreffenden Muttergewebes. Am meisten freies Cholesterin enthielt die Vernix caseosa und Epidermis, am wenigsten die Subcutis.

8. Die verschiedenen Hautfette zeigten alle einen mäſsigen Grad von Hydrophilie (Aufnahmefähigkeit für Wasser bei Mischung der Fette mit Vaselin), entsprechend ihrem Gehalt an freiem Cholesterin, mithin minimal beim Subcutisfett, ziemlich bedeutend beim Fett der Vernix caseosa und Epidermis. Der Grad dieser Hydrophilie der Hautfette ist aber stets ein geringerer als derjenige der Hydrophilie des Wollfettes (der Fähigkeit des „Lanolisierens“ nach LIEBREICH), in welchem die Hydrophilie hauptsächlich durch die in der menschlichen Haut fehlende Gruppe der Oxycholesterine (LIFSCHÜTZ) bedingt wird.

9. Die Vernix caseosa stellt nicht „ein mit Glycerinfetten gemischtes natürliches Lanolin" dar (vgl. 2 und 3).

10. Das WALDEYERsche Keratohyalin ist kein „Gemisch aus Eiweiſs und Cholesterinfett" (vgl. 6).

11. Das RANVIERsche Eleïdin ist kein „Gemisch aus Eiweiſs und Cholesterinfett" (vgl. 6).

12. Die Frage, ob in reiner Hornsubstanz des Menschen (z. B. Nagelsubstanz) Glycerin und damit Glycerinfette abwesend sind, ist noch eine offene.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. September (29. September) 1907.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

Prof. POSPELOW teilte den Tod des Ehrenmitgliedes der Gesellschaft, Prof. GAY in Kasan mit und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Es geschah.)

1. MESCHTSCHERSKI demonstrierte **lebende Spirochaeta pallida** bei Dunkelfeldbeleuchtung und gab Erklärungen über letztere Beleuchtung.

2. MESCHTSCHERSKI führte einen 15jährigen Knaben mit **Psorospermosis DARIER** vor. Der Kranke ist zwar bereits auf dem PIROGOWschen Kongreſs vorgestellt worden, beansprucht aber nach M. ein groſses Interesse, da er genau dem Bilde der ersten Beschreibung von DARIER entspricht. Die sowohl makro- als auch mikroskopisch typischen Psorospermosisknötchen sitzen auf Stirn, Wangen, Brust, Rücken und Extremitäten und sollen seit dem zweiten Lebensjahr bestehen, gelegentlich aber dazwischen auch geschwunden sein. Auſser diesen Knötchen finden sich auch Veränderungen der Nägel.

Diskussion: POSPELOW gedenkt eines andern, früher in der Gesellschaft vorgestellten Falles von Psorospermosis, von dem sich dieser in mancher Hinsicht unterscheidet und bemerkt, während im allgemeinen dieses Leiden als unheilbar angesehen wird, gelang es in jenem Fall durch Arsenik und gleichzeitige Anwendung einer Salbe aus Lanolin und Sapo viridis zu gleichen Teilen die Knötchen zum Schwinden zu bringen. Er rät in diesem Fall zu der gleichen Behandlung.

3. POSPELOW verlas auf Wunsch des Ehrenmitgliedes, Dr. UNNA, dessen Arbeit über **Acne rosacea.**

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hyengie.

1907. Band IV, Heft 7.

Merkwürdige Veränderungen in der Handschrift bei einem Fall von Syphilis und progressiver Paralyse, von Magdalene Thumm-Kintzel-Gr. Lichterfelde-Berlin. Die hier in Faksimile wiedergegebenen vier Schriftproben des unter ausgesprochenen Erscheinungen von Dementia paralytica zugrunde gegangenen Patienten lassen allerdings, dem zeitlichen Verlaufe entsprechend, eine auch jedem Laien in der Graphologie deutlich erkennbare Entartung der Handschrift erkennen. Wenn man auch nicht gerne zu weit in der Anerkennung der Graphologie als eine wissenschaftlich fest begründete Lehre gehen möchte, so wird man immerhin zugestehen müssen, dafs eine nach fachmännischen Gesichtspunkten ausgeführte Prüfung der Handschrift sehr häufig äufserst wichtige Fingerzeige in diagnostischer Hinsicht zu liefern imstande sein wird. So hatte Verfasserin die Genugtuung, dafs ihre auf Grund allein der Schriftveränderung gestellte Diagnose sich voll bewahrheitete, nachdem dieselbe s. Z. ärztlicherseits aus Mangel anderweitiger Erscheinungen zurückgewiesen worden war.

Ohne die Schriftproben ist im Referate eine Begründung der Diagnose nicht möglich.

Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungstages am 11. bis 14. Juni 1906 zu Breslau, von W. Hammer - Berlin. (Schlufs.)

Prof. Blochwitz: Als drei Punkte unter anderen, welche reformbedürftig sind, wären zu nennen: 1. das verspätete Einsetzen der Fürsorgeerziehung, 2. die Möglichkeit, dafs entwichene Pfleglinge lange Zeit sich umhertreiben können, ehe sie wieder eingeliefert werden, und 3. die schablonenhafte Bestimmung, dafs alle Pfleglinge zu Dienstmädchen erzogen werden sollen. Die Resultate der Fürsorgeerziehung seien gar nicht so hoffnungslos, wie mehrfach behauptet worden ist. Von 24 aus dem Heim in Frankfurt a. O. Entlassenen hätten sich 14 (also 58%) gut geführt.

Prof. Repke-Freiburg tritt für die religiöse Belehrung der Prostituierten ein und wendet sich namentlich gegen die Behauptung, dafs Religion und sexuelles Empfinden eine gemeinsame Basis haben.

Tippel-Kaiserswerth legt grofsen Wert auf die somatische Behandlung. Von 165 Aufgenommenen der Kaiserswerther Anstalt waren 105 mehr oder weniger krank. Er wünscht auch ein möglichst frühzeitiges Einsetzen der Fürsorgebehandlung. Als wichtigstes Hilfsmittel dazu bezeichnet er die ausgedehntere Kenntnis der vorhandenen Hilfsmittel seitens des Publikums. Dazu können aufklärende Mitteilungen durch die Regierungsbehörden und die Presse viel beitragen.

Neisser-Bunzlau gibt eine Erklärung, inwiefern in der Tat religiöses Empfinden einen Zusammenhang mit den geschlechtlichen Funktionen erkennen läfst. Ferner ist zu beachten, dafs unter den Prostituierten sehr verschieden geartete Individuen vorhanden sind. Ein gewisser Prozentsatz ist durch ihre ursprüngliche Veranlagung unrettbar der Prostituierung verfallen. Solche ändern zu wollen ist ein vergebliches Beginnen und gefährdet nur die besseren Elemente.

Klumker-Frankfurt a. M. findet die Stellung als Dienstmädchen für die Zöglinge durchaus nicht sehr geeignet.

Petersen-Hamburg glaubt, daſs die Gelegenheiten zu sexuellem Verkehr unter Dienstboten auf dem Lande ausgiebiger geboten sind als in städtischen Verhältnissen.

Heft 8.

Über Gadose als Salbengrundlage, von K. Ganz-Brünn. Als Gadose wird von der Firma Stroschein in Berlin seit einiger Zeit eine aus gereinigtem Dorschleberfett und Wollfett hergestelltes Salbenkonstituens empfohlen, das groſse Vorzüge in bezug auf die Resorptionsfähigkeit seitens der Haut, die Vermischung mit Wasser und die Haltbarkeit besitzen soll. Die Analyse lautet:

Hüblsche Jodzahl	49,70
Verseifungszahl	136,40
Säurezahl	0

Namentlich als Kühlsalbe hat nach G. die Gadose bei ihrer groſsen Aufnahmefähigkeit für Wasser (bis 250 %) groſsen Wert, z. B. bei Verbrennungen ersten Grades, Frostbeulen usw. Je nach der Menge des beigefügten Wassers werden für den Handel zwei Modifikationen angefertigt, mit 25 % und (als G. aquosa) mit 150 %. Auch mit sterilisiertem Hühnereiweiſs (150 %), mit Gelatin (10 %) und Glycerin (25 %) werden Kombinationen fertig geliefert zur Verwendung mit Arg. nitr., Jod und Hg. oxyd. flav. resp. mit Ungt. hydrarg. ciner. und als Paste, resp. mit Dermatol, Jodoform usw.

Gonosan in der Behandlung Tripperkranker, von C. de Vries - Washington. Auf Grund seiner sehr zahlreichen Beobachtungen bestätigt Verfasser die Angaben anderer Autoren über die günstige Wirkung des Gonosans; er rühmt dessen anästhesierende, antiphlogistische und sekretionsbeschränkende Wirkung sowie seine Unschädlichkeit. Mit der kombinierten lokalen und allgemeinen Behandlung erreiche man die besten Resultate, und für die internen Indikationen sei das Gonosan zurzeit das beste Mittel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zeitschrift für Urologie.

Band. I. Heft 2—9.

Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane, von Suter. Verfasser veröffentlicht in der sehr umfangreichen Arbeit die Ergebnisse der Untersuchungen, die er im Laufe von vier Jahren in Burckhardts Privatklinik in Basel gesammelt hat. Es wurde von jeder infektiösen Erkrankung der Harnwege zunächst eine sorgfältige bakteriologische Untersuchung des Urins gemacht, und zwar wurden Deckglaspräparate angefertigt und Kulturen auf Agar, Gelatine, Bouillon und sterilem sauren Urin angelegt. Das Ergebnis der Erfahrungen faſst Suter folgendermaſsen zusammen: Die tuberkulösen Affektionen der Harnwege zeichnen sich durch einen auf gewöhnlichen Nährböden sterilen Urin aus; sekundäre Infektionen mit banalen Harnbakterien sind fast immer die Folge instrumenteller Infektion und relativ selten. Das Bacterium coli kann auf hämatogenem Wege und durch die Harnröhre in die Harnorgane gelangen. Der hämatogene Weg führt gewöhnlich zur Infektion der Nierenbecken, seltener zur Infektion der Blase. Der urethrale Weg führt zur Infektion der Blase und von da aufsteigend zur Infektion, der Nierenbecken. Je nach seiner Virulenz provoziert das Bacterium coli bald Bakteriurie, bald Eiterung von den leichtesten bis zu schweren Graden. Das Bacterium coli ist der in den Harnwegen am häufigsten vorkommende Mikroorganismus. Die Cystitis wird in den akuten Formen meist durch Kokken, in den chronischen meist durch Colibakterien, die mit Kokken oft vergesellschaftet sind, bedingt. Cystitis kann provoziert werden durch Kokken, die den Harnstoff nicht zersetzen; häufiger wird sie durch harnstoffzersetzende Kokken veranlaſst. Bei der Infektion mit harnstoffzersetzenden Mikrobien ist der

Urin bald sauer, bald alkalisch. Die Kokken haben viel weniger Tendenz, aus der Blase in die oberen Harnwege vorzudringen, als die beweglichen Colibakterien; hingegen bedeutet ihr Eindringen für die Niere und den Organismus eine große Gefahr. Die Therapie beseitigt die Colibakterien nur schwer aus den Harnwegen, auch wenn sie nur in die Blase gelangt sind, während die Kokkencystitiden meist viel leichter zu heilen sind.

Ein neues Uretercystoskop, von H. Wossidlo. Man kann bei diesem neuen Instrument das Cystoskop entfernen und doch die Katheter in situ lassen. Dies wird dadurch erreicht, daſs in die Cystoskophülse zunächst der Bewegungsmechanismus des Katheters eingeführt wird und diese dann durch einen Arretierungshebel festgestellt werden. Jetzt wird die Optik eingeschoben. Lampe, Prisma und Katheter befinden sich an der unteren Seite des Instruments. Hat man nun die Katheter in die Ureteren eingeführt, so entfernt man zunächst die Optik, dann unter fortdauerndem Hebeldruck den Bewegungsmechanismus und kann zuletzt die äuſsere Hülse leicht entfernen.

Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase, von Stoerk und Zuckerkandl. (Schluſs aus Heft 1.) Es kann bei der Cystitis cystica zur Bildung drüsenartiger, schleimproduzierender Formationen kommen; sie können reichlich Drüsenschläuche in der Harnblasenschleimhaut bilden, nach dem Typus solche der Dickdarmschleimhaut. Diese neoformen Drüsenkomplexe sind einer Rückbildung nicht fähig, sondern persistieren entweder lebenslänglich oder können ein neoplastisches Wachstum beginnen, Polypen oder Adenocarcinome bilden.

Über das primäre Carcinom der Urethra des Mannes, von Preiswerk. Zu den bisher veröffentlichten Fällen von primärem Harnröhrenkrebs bringt Verfasser zwei neue eigene Beobachtungen mit genauer Krankengeschichte und Sektionsbericht sowie Beschreibung der Tumoren. Die primären Harnröhrencarcinome entwickeln sich meist in strikturierten Harnröhren und ihre Frühsymptome fallen mit Strikturerscheinungen allgemeiner Art zusammen. Später treten die Schmerzen und die Zerfallserscheinungen mehr in den Vordergrund, vor allem sind Blutungen charakteristisch. Es kommt zur Infiltration des umliegenden Gewebes und bei Zerfall des Tumors zu Urininfiltration und phlegmonösen Zuständen.

Urethroskopische Beiträge zur Diagnose, Therapie und Prognose des Trippers und seiner Folgen, von Paul Asch. Verfasser hat einige Verbesserungen an dem Valentineschen Urethroskop angebracht. Er teilt dann allerlei interessierende Fälle mit, die nur urethroskopisch diagnostiziert und behandelt werden konnten: diphtherieähnliche Membran in der Harnröhre, weiche Polypen, Kavernen in der Harnröhrenschleimhaut, sowohl in der hinteren wie in der vorderen Harnröhre, Abkratzung von narbigem Strikturgewebe oder gewuchertem Narbengewebe nach Urethrotomie. Für die Anwesenheit von Gonokokken spricht ihm das Vorhandensein von lokalisierten himbeerfarbigen Rötungen mit samtartigem, fein granuliertem Aussehen.

Über Hämospermie, ein Fall von Lues haemorrhagica der Samenblasen, von Paul Cohn. Verfasser beschreibt einen Patienten, der vor $2^1/_2$ Jahren luetisch erkrankt war und nun häufig Pollutionen mit Blut an sich beobachtete. Auf spezifische Behandlung hörten die Blutungen auf. Verfasser sieht den Fall als eine luetische Erkrankung der Samenblasen an, und zwar als Lues haemorrhagica, wie man sie auch wohl in anderen Organen sieht.

Plaqueförmige tuberkulöse Cystitis unter dem Bilde der Malakoplakie vesicae, von Wildbolz. Als zufälligen Befund in einer tuberkulösen Leiche schildert Verfasser ca. 1 cm im Durchmesser haltende rundlich-ovale Herde in der Schleimhaut der Blase, die oft von einer gelblich-weiſsen Zone mit rotem Hof umgeben waren.

Eine eigentliche Ulceration ist makroskopisch nicht erkennbar. Mikroskopisch erwiesen sich diese der Hansemannschen Malakoplakie ähnlichen Herde als typische Tuberkulose, in denen außer den Tuberkelbazillen Colibakterien nachgewiesen wurden.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Silbernitrat- und Protargollösungen auf lebende Schleimhäute, von Wildbolz. Verfasser stellte seine Versuche an der Conjunctiva und an der Urethra männlicher Kaninchen an. Er findet Abstoßung des Epithels mit rascher Regeneration, im subepithelialen Gewebe einzelne Silberschollen, bei Protargol waren die Erscheinungen immer schwächer als bei Argentum nitricum. In die Urethraldrüsen drangen die Lösungen ein, in die Ausführungsgänge der Prostata dagegen nicht.

Zur Cytologie des Prostatasekrets mit besonderer Berücksichtigung der Phagokaryose, von Sellei. Bei der Lecithinphagocytose wird, wie Verfasser nachgewiesen hat, besonders der Zellkern mit Lecithin vollgestopft; es handelt sich hier um eine aktive Funktion des Kern, die er Phagokaryose nennt. Da das Prostatasekret Lecithin enthält, so untersuchte Verfasser 40 verschiedene Fälle von Prostatitiden. Er fand die Quantität der freien Lecithinkörnchen bei chronischen Prostatitiden unabhängig von der klinischen Form der Prostatitis. Bei kleiner Prostata können sie in großer Zahl gefunden werden. Je akuter die Prostatitis, desto weniger freie Lecithinkörnchen. In ganz akuten Fällen überwiegen die polynuklearen Leukocyten, bei chronischer kommen meist ebensoviele mononukleare vor. Eine besondere Lecithinkörnchenaufnahme findet sich meist bei großer weicher Prostata. Hier ist auch die Phagokaryose meist zu finden.

Über Spülcystoskope, von Schlagintweit.

Erwiderung zu den Bemerkungen Schlagintweits, von Ringleb. Die beiden Herren setzen sich über Vor- und Nachteile der von ihnen bevorzugten Instrumente auseinander, vor allem, ob die Spülung besser mit Spritze oder Irrigator ausgeführt wird, ist der Streitpunkt.

Beiträge zur Lehre von der epidermoidalen Umwandlung des Harnblasenepithels. Über Glykogenablagerung im Epithel der Harnblase und ihre klinische Bedeutung, von Ikeda. Im metaplasierten Blasenepithel wies Verfasser Glykogen nach. Auch in den Zellen von Geschwülsten, Papillomen und Carcinomen, fand sich ausnahmslos Glykogen. Da die Cystitis mit Metaplasie des Epithels schwer ausheilt, empfiehlt Verfasser aus klinischen Gründen bezüglich der Prognosestellung in jedem Falle von Cystitis die leichtausführbare Glykogenuntersuchung mittels Jod.

Über einige Fälle aus dem Gebiete der Nierenchirurgie, von C. Bruni.

1. Anurie durch Nierensteine, Nephrotomie nach 14 Tagen, Tod ohne bekannte Ursache 15 Tage später.

2. Dreitägige Anurie durch Nierenstein, Ureter-Meatoskopie.

3. Über die Möglichkeit eines vom Cystoskop und den Urinseparatoren abhängigen Fehlers: ein tuberkulöser Absceſs der Fossa iliaca, der sich dicht neben der Uretermündung in die Blase geöffnet hatte, war für eine rechtsseitige Pyonephrose gehalten worden.

4. Verletzung des rechten Ureters bei der Operation eines Myofibroms der Gebärmutter, abdominale Urinfistel, Nephrektomie, Heilung.

5. Cysten in einer Wanderniere, Nephrektomie, Heilung.

Nierenoperationen an Patienten mit einer einzigen Niere, von Nicolich. Verfasser beschreibt vier Fälle, in denen er an der einzigen vorhandenen Niere Operationen vollzogen hat.

Ein neues verbessertes Cystoskop „Pancystoskop", von Baer. Die Vorteile des neuen Instruments, das alle Wünsche befriedigen soll, bestehen darin, daſs man

nur einmal das Instrument einzuführen braucht, und dann es mittels eingeschobener großer Optik zur Inspektion verwenden kann, oder daß man kleinere Optiken mit den zugehörigen Hilfsinstrumenten (Ureternkatheter, Brenner, Schlingen) einführen kann. Alle Teile können gut sterilisiert werden, der Anschaffungspreis ist billig.

Beitrag zur Frage der essentiellen Nierenblutung, von Kretschmer. Die 17jährige Patientin litt an starken Blutungen aus der linken Niere, die zunächst durch Dekapsulation gebessert wurden. Als sie wieder auftraten, wurde die Niere entfernt, und damit die Patientin endgültig geheilt. Die mikroskopische Untersuchung eines bei der Dekapsulation entfernten Nierenstückchens ergab Glomerulonephritis, wahrscheinlich postscarlatinöser Natur. Bei der Entfernung der Niere zeigte sich eine ausgesprochene Nephritis, so daß man hier die Veränderungen, die sich im Zeitraume von fünf Monaten zwischen den beiden Operationen ausgebildet hatten, gut studieren konnte. Schon geringe Veränderungen des Nierenparenchyms bedingen wesentliche Blutungen. Eine essentielle Nierenblutung darf man nur annehmen, wenn die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die befallene Niere vollständig unverändert ist.

Die Hypernephrome der Niere nebst Beiträgen zur Kasuistik, von Grosheintz. Verfasser beschreibt vier Fälle, die in ihrer textilen Struktur die Verwandtschaft der Geschwulst mit Nebennierengewebe erkennen lassen. Er faßt sie daher als Hypernephrome auf, d. h. als Geschwülste, die mit embryonal versprengten Keimen der Nebenniere in histogenetischem Zusammenhange stehen. Es ließ sich nicht feststellen, daß die Tumoren aus dem Nierenparenchym hervorgegangen waren.

Über einen neuen Katheterdampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter, von A. Bloch. Der kleine Apparat ist handlich und bequem, gestattet in kurzer Zeit mehrere Katheter zu desinfizieren (innerhalb von $2^1/_2$ Minuten) und diese sterilen Katheter können 48 Stunden steril darin aufbewahrt werden. Die Benetzung der Katheter mit kochendem Wasser ist ausgeschlossen; der Dampf muß die Lichtung der Katheter durchziehen. Die Konstruktion ist folgende: um einen dosenförmigen Dampfentwickler sind kreisförmig vier Tuben für je einen Katheter gelagert; in diese Tuben zieht der Dampf, tritt durch das Fenster des Katheters in sein Inneres und zieht am freien Ende der Tube aus einer ventilartig wirkenden aufgeschraubten Düse, auf welche die Katheter aufgesteckt sind, wieder heraus.

Über Leukoplasie und Malakoplakie, von Englisch. Verfasser beschreibt Ursachen, Verlauf und Therapie der Leukoplasie und Malakoplakie unter reichlicher Anfügung der bisher beschriebenen Fälle.

Vier Fälle von totaler Emaskulation, von Ravasini. In drei Fällen wurde die totale Entfernung der männlichen Geschlechtsteile wegen Carcinom des Penis, in einem wegen Carcinom der Harnröhre vorgenommen. Drei Patienten leben und scheinen dauernd geheilt, während einer acht Monate nach der Operation an einer zufälligen Krankheit gestorben ist.

Das Biersche Stauungsverfahren bei einigen urologischen Erkrankungen, von Sellei. Bei akuter blennorrhoischer Urethritis ist die Biersche Stauung erfolglos. Chronische Urethritis mit weichen Infiltrationen verlief unter gleichzeitiger Spülbehandlung anscheinend rascher, harte Infiltrate wurden nicht beeinflußt. Bei Funiculitis und Epididymitis blennorrhoica sollte die Stauung in jedem Falle versucht werden. Oft trat nach einmaliger Stauung von etwa einer halben Stunde Beseitigung des Schmerzes ein, öfter mußten die Stauungen wiederholt werden. Auf die Knoten nach abgelaufener Epididymitis war sie ohne Einfluß. In einem Falle von tuberkulöser Epididymitis wurde Resorption erzielt.

Über die Endoskopie der Blase (direkte Cystoskopie), von N. Meyer. Verfasser hat das Luyssche Verfahren der direkten Blasenbesichtigung vereinfacht, indem er in den Tubus des Valentineschen Urethroskop ein kleines Röhrchen einfügte, das, mit einer Wasserstrahlpumpe verbunden, den Urin absaugt. Bei Frauen mag das Instrument wohl gut funktionieren, es soll nach Angabe des Verfassers aber auch bei Männern zu brauchen sein. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

September 1907.

Lupus vulgaris, sekundär auf tuberkulösen Lymphdrüsen entstehend, von Emlyn Jones - London. Verfasser sammelte 923 Fälle von Lupus vulgaris und teilte sie bezüglich ihrer Entstehungsart in sechs Gruppen ein: 1. als kleiner Herd im Gesicht, Wangen oder Nacken oder am Rand der Augenlider und Ohren (47,3 %); 2. an der Nase oder den Nasenlöchern (28,9 %); 3. sekundär nach tuberkulöser Lymphdrüsenerkrankung, entweder in Narbengewebe oder in Drüsenabscessen entstehend (11,4 %); 4. aus anderen Schleimhäuten als jenen der Nase, hauptsächlich den Lippenrändern (1,8 %); 5. sekundär nach tuberkulöser Knochenerkrankung (1,8 %) entstehend und 6. Mischfälle, welche auf verschiedenen Wegen und an verschiedenen Stellen des Körpers zum Ausbruch kommen. Die den Inhalt dieser Arbeit bildende (dritte) Gruppe umfafst die dritthäufigste Entstehungsart des Lupus vulgaris. Von den 102 hierher gehörigen Fällen betrafen 63 weibliche und 39 männliche Patienten, was der gewöhnlichen Verhältniszahl entspricht. Das Alter, in welchem die Krankheit begann, war unter 10 Jahren in 63, zwischen 10 und 20 Jahren in 17 und nach 20 Jahren in zwei Fällen. In 39 der Fälle war ausgesprochene Tuberkulose anamnestisch nachzuweisen, während bei vielen anderen suspekte Erscheinungen derselben vorhanden waren. Die Behandlung ist eine verschiedene, je nach dem zuerst vorhandenen Zustande: a) trockene Fälle — welche die Mehrheit bilden — reagieren am besten auf die Finsenmethode und werden oft dadurch allein geheilt; b) die mit Ulcerationen verbundenen Fälle sind mehr für die Röntgenstrahlenbehandlung geeignet und c) die mit Gewebshypertrophie einhergehenden erfordern irgendein stark ätzendes Mittel, um die hypertrophischen Massen zu entfernen und werden dann wie ulcerative Fälle, etwa vorhandene Knötchen aber mit Finsenlicht behandelt. Dreizehn besonders charakteristische Fälle obiger Entstehungsart werden einzeln beschrieben. *Stern-München.*

The journal of cutanoeus diseases including Syphilis.

September 1907.

Lichen obtusus corneus — ein ungewöhnlicher Typus der Lichenifikation, von Charles J. White. Bei der Patientin, einer 63jährigen Witwe, stellte sich vor neun Jahren der Hautausschlag in Form von Flohstichen als flache Eruptionen mit einem roten zentralen Punkt an den Knöcheln ein, sie verursachten heftiges Jucken, nahmen allmählich an Zahl zu, bis sie nach Ablauf von zwei Jahren oberhalb der Knie auftraten; nach ein paar Jahren stellten sich ähnliche Hauteruptionen an Händen und Armen und erst vor wenigen Monaten am Rumpf ein. All die Eruptionen hatten ein bis drei zentrale hornartige Pröpfchen und keine derselben kam, wenn einmal gebildet, wieder zum Verschwinden. Die ganze Hauteruption bestehe nun aus zahlreichen, zerstreuten, rotbraunen, runden, trockenen und harten Knötchen, die etwa ein Viertel Zoll über die Hautoberfläche erhaben und deren Spitzen grau, rauh und uneben sind. Die zwischenliegende Haut fühlt sich bis auf eine leichte Trockenheit

normal an. Auf die genauere histopathologische Untersuchung, die Verfasser unter Beigabe von (vier) Zeichnungen wiedergibt, kann hier nicht eingegangen werden. Verglichen mit den drei Fällen von Hardaway, Schamberg und Hirschler zweifelt White nicht, daſs diese mit dem seinigen eine und dieselbe Krankheit darstellen: Alter und Geschlecht der Patientin, ihr sonst gutes Allgemeinbefinden, der ganze Charakter der Neubildungen, ihre lange Dauer und das damit verbundene, bei Berührung besonders heftige Juckgefühl usf. Unter Einwirkung von Chrysarobin und Milchsäure erlebte White bedeutende Besserung des Hautleidens (Verschwinden der älteren Eruptionen); X-Strahlen waren ohne Einfluſs.

Mitteilung über einen Fall allgemeiner Blastomykosis mit Autopsie und erfolgreichen Impfversuchen, von Frank Hugh Montgomery-Chicago. Das Leiden begann bei dem 31jährigen Patienten, einem Lokomotivingenieur, mit einer erbsengroſsen Erhabenheit, unter der Haut der rechten Wange mitten zwischen Ohr und Nase gelegen. Diese Erhabenheit nahm allmählich an Gröſse (bis zu einer Haselnuſs) zu, wurde empfindlich, entzündet, brach nach etwa vier Wochen auf und verwandelte sich in ein Geschwür, das nicht mehr zur Heilung kam, sondern sich langsam peripherwärts vergröſserte; es folgten bald im Gesicht und unter dem Kinn ein paar andere ähnliche Geschwüre, von 1¹/₄ bis 1¹/₂ Zoll Durchmesser; die Ränder sind erhaben und zeigen charakteristische, schräge, dunkelrote Beschaffenheit, Teile der Ränder und der zentralen Partien der Geschwüre haben warziges Aussehen oder sind bedeckt mit gröberen papillomatösen Wucherungen. Unter Jodkaliumbehandlung und lokaler Applikation von abwechselnd Sublimat, Borsäure, Puder oder weiſser Präcipitatsalbe gingen zwar die Geschwüre an Umfang zurück, kamen aber nie ganz zur Heilung. Es traten im Verlaufe von zwei Jahren noch neue Geschwüre (am Nacken, Ellenbogen, in der Leistengegend usf.) hinzu und schlieſslich unter hochgradigen Magen-Darmstörungen und allgemeiner Schwäche der Tod ein. Die Autopsie ergab vor allem Veränderungen an den Lungen — an vielen Stellen Rundzelleninfiltration umgeben von dicht gehäuften Blastomyceten —, und ebenso an den Leistendrüsen, lokalisierte adhäsive Peritonitis usw. Auffallend war in dem Falle, daſs die ausgedehnte Blastomyceteninfektion der Lungen keinen Husten, Expektoration oder andere ausgesprochene Erscheinungen von Lungenerkrankung hervorgerufen hat. Der Blastomykosispilz wurde nicht nur in Reinkultur in uneröffneten Hautabscessen und im Gewebe gefunden, sondern Reinkulturen desselben, auf Schweine übergeimpft, riefen bei diesen die Krankheit hervor und waren auch Weiterimpfungen erfolgreich. Der Blastomykosispilz war in ungewöhnlich hohem Grade pathogenetisch für Guineaschweine, welche jedoch nach einer ziemlich akuten Infektion von wenigen Wochen Dauer ausgesprochene Tendenz zu Wiedererholung zeigten. Schlieſslich bemerkt Verfasser, daſs amyloide Veränderungen der inneren Organe in sehr geringem Grade vorhanden waren und zwar viel weniger, als man bei so ausgedehnter Eiterung erwarten konnte; Tuberkulose konnte nach den Ergebnissen der ausgedehnten Untersuchung als Komplikation völlig ausgeschlossen werden.

Einige weitere Beobachtungen über die Behandlung pigmentierter Haarmäler mit flüssiger Luft, Bericht über drei behandelte Fälle, von William B. Trimble-New York. Bei der Anwendung flüssiger Luft kommen drei Arten von Druck, leichter, mittlerer und starker, in Betracht, wovon aber praktisch nur die vorletzte Art anzuwenden ist. Die Wirkung der flüssigen Luft auf die Gewebe ist die auſserordentlicher Kälte, wodurch Kontraktion der kapillaren Blutgefäſse, umschriebene Anämie, bald gefolgt von Kongestion; in höherem Grade tritt obliterierende Endarteriitis und molekulärer Gewebstod ein. Nach den Beobachtungen Trimbles ist die Narbe, die schlieſslich (nach Bildung einer Blase und eines später abfallenden Schorfs)

sich bildet, geschmeidig und dünn und vom kosmetischen Standpunkt aus der durch Exzision entstandenen weit vorzuziehen. Die Technik ist eine einfache, entweder in Form einfacher Betupfung oder des Sprays; am besten alle zwei Wochen nur einmal, um zu warten, bis der Schorf abfällt, bei gröfseren Naevi mufs ein Stückchen nach dem anderen behandelt werden, bei kleineren genügt zuweilen einmalige Betupfung. Wie viele andere Methoden hat auch diese neben den Vorteilen, beinahe schmerzlos, sehr sauber, leicht anwendbar zu sein, einige Nachteile: der hohe Preis der flüssigen Luft, deren rasche Verdunstung, schwieriger Transport und schliefslich oft die Unmöglichkeit, überhaupt sie zu bekommen. Die beschriebenen acht Fälle ergaben nach drei bis acht Sitzungen völlige Heilung mit Hinterlassung ganz geringer Narbenbildung und ohne Spur von Pigmentierung.

Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans mit gleichzeitig bestehendem Skleroderma, von Jerome Kingsbury - New York. Patientin ist eine Russin, 30 Jahre alt, verheiratet und Mutter zweier gesunder Kinder. Nur die Extremitäten sind von dem Leiden befallen, und zwar die rechte Seite mehr als die linke. Auf der Dorsalfläche der rechten Hand ist eine Depression, etwa drei Zoll lang, zwei Zoll breit, hier ist die Haut hart, obwohl sie mit einiger Schwierigkeit in weite Falten gelegt werden kann; die übrige Haut dieser Hand ist dünn, etwas atrophisch und von blauroter Farbe; am Vorderarm ist die Haut atrophisch und rot, welcher Zustand an der Streckseite ausgeprägter als an der Beugeseite ist. Die die Zehen bedeckende Haut ist dunkelrot, ebenso wie über der ganzen Dorsalfläche des Fufses, ausgenommen an den Knöcheln, wo wiederum eine ziemlich tiefe Depression von weifser Farbe und ähnlicher Beschaffenheit wie an der rechten Hand vorhanden ist; am Bein ist die Haut atrophisch und von rotbrauner Farbe, leicht desquamierend. Über den Knien ist die Haut sehr dünn und deren Beschaffenheit ähnlich, wie sie unter dem Namen „zerknittertes Zigarettenpapier" beschrieben ist. Der Zustand am linken Vorderarm und Ellenbogen ist derselbe wie rechterseits, aufserdem sind hier aber unregelmäfsige, streifenförmige Herde typischen umschriebenen Sklerodermas vorhanden: die Haut von Elfenbeinfarbe, hart und zwischen den Sklerodermaherden leichte Atrophie. Am linken Oberschenkel ähnliche, nur etwas gröfsere Sklerodermaherde. K. hält es nicht für unwahrscheinlich, dafs die ganze Hautaffektion noch weitere Veränderungen erfahren, neue Herde sich entwickeln werden usw., nach dem jetzigen Stande sei aber obige Bezeichnung wohl am zutreffendsten. *Stern-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII, Nr. 9.

Enthält keine Originalartikel.

Nr. 10.

Ein dermatologischer Verband, Collodium mit Watte, von A. Chatin-Eaux d'Ariage. Für diejenigen, welche an dies handliche Verfahren nicht gerade denken oder es möglicherweise nicht kennen, gibt Ch. die nötigen Vorschriften: auf die betreffende Läsion kommt ein geeignetes Pulver oder eine kleine Schichte antiseptisch gemachter Watte. Darüber kommt ein gröfserer Bausch Warte, deren Ränder man ein wenig auszupft. Alsdann wird der Rand mit Collodium bepinselt in einer genügenden Ausdehnung, um das ganze fest an der Haut haften zu machen.

Nr. 11.

Nigrities linguae als Folge des Gebrauchs von Wasserstoffsuperoxyd, von L. Bizard. Für die Entstehung der mit Hypertrophie der Papillen einhergehenden

bekannten eigentümlichen Erscheinung der Schwarzfärbung des Zungenrückens hat man verschiedene ätiologische Momente, namentlich parasitäre Organismen verantwortlich gemacht. B. berichtet, dafs er zweimal diese Störung hat auftreten sehen bei Patienten, welche mit Injektionen von Oleum cinereum behandelt wurden, als sie gleichzeitig $H_2 O_2$ als Mundwasser gebrauchten; er erklärte die Verfärbung durch das Zusammenwirken von Hg und $H_2 O_2$ auf die Zungenpapillen. Kürzlich hat er jedoch bei einem sonst gesunden Herrn es beobachtet, dafs unter Verwendung von Wasserstoffsuperoxyd (einen Efslöffel voll der 12 Vol. Mischung auf 1/2 Wasserglas warmen Wassers) als Mundspülung binnen acht Tagen eine deutliche braune Verfärbung der Spitzen der Papillen sich entwickelte. Allerdings ist die Möglichkeit, dafs Tabakrauchen dabei auch eine Rolle spielte, nicht ausgeschlossen.

Nr. 12.

Miliaria papulo-pustulosa, von Brocq. Diese Affektion nähert sich einerseits der Akne, andererseits der Rosacea und besteht in der Entwicklung von plötzlich hervortretenden und in etwa 48 Stunden verlaufenden Papeln und Pusteln von Stecknadelkopfgröfse. Die Affektion juckt und brennt heftig. Am meisten befallen werden die Nasenflügel und die angrenzenden Teile der Wangen und das Kinn. Beide Geschlechter scheinen ziemlich gleichmäfsig dazu zu neigen. Das Alter der Patienten variierte zwischen 25 und 55 Jahren. Verdauungsstörungen, Gemütserregungen, der Eintritt der Menstruation spielen ätiologisch dabei eine Rolle. Therapeutisch kommt eine Allgemeinbehandlung in Betracht mit gröfseren Klystieren, kalten Packungen, Diätvorschriften. Lokal werden kalmierende Mittel appliziert, Ungt. leniens, Vaselin, Betupfungen mit einem Waschwasser von Kleien, Gelatine, dann Borax, Kohlenteer usw. Bei geringerer Empfindlichkeit kann eine Zinkpaste eventuell mit Kampher oder Naphthol (1 : 150) oder Schwefel (1 : 40) anwenden, oder auch folgendes Rezept verschreiben:

℞ *Resorcin*	0,2
Calomel	0,8
Zinc. oxydat.	8,0
Lanolin	6,0
Vaselin	8,0

des Abends aufzulegen.

Als Waschwasser ist auch das folgende nützlich:

℞ *Sulf. praec.*	8,0
Spirit.	4,0
Glycerin. pur.	18,0
Zinc. sulfur.	0,4
Aq. dest.	170,0

Prophylaktisch sind tägliche Abwaschungen mit Spirit. camphorat. ratsam.

Nr. 13.

Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl nach dem Vorgang von P. Salmon, von H. Hallopeau-Paris. An eigenem Material standen Verfasser binnen fünf Wochen nicht weniger als 72 Fälle von Lues zur Verfügung, welche mit Atoxyl oder, wie in dieser Mitteilung die Bezeichnung vorzugsweise lautet, arsensaurem Natriumanilid, behandelt wurden. Es wurde durchweg eine Lösung von 10 : 100 verwendet; als Injektionsstelle diente die Glutäalgegend. Die Einzeldosis schwankte zwischen 0,75 und 0,50. Die Zahl der Einspritzungen, von denen in der Regel wöchentlich drei verabreicht wurden, betrug von fünf bis neun, selten weniger oder mehr. Meistenteils wurden die Patienten einer sonstigen Medikation nicht unter-

zogen. Die Resultate waren mit wenigen Ausnahmen sehr erfreulich. Unerwünschte Nebenerscheinungen, wie Kopfweh, Krampfzustände, Übelkeit, Erbrechen, Strangurie, Diarrhöen und sogar Ohnmacht kamen vereinzelt allerdings vor. H. meint, daſs ein von ihm auch gebrauchtes französisches Präparat in dieser Beziehung weniger zu Klagen Anlaſs gab als das deutsche Originalpräparat. Leider fehlt es noch an zuverlässigen Anhaltspunkten, um in jedem einzelnen Falle von vornherein feststellen zu können, wie weit man gehen kann ohne die Grenze der Toxizität zu erreichen.

Über die Verantwortlichkeit des mit der Untersuchung der Prostituierten beauftragten Arztes. Gegen einen Arzt sowie gegen die Stadtverwaltung von Bordeaux hatte ein junges Fräulein auf Entschädigung geklagt. Sie war von der Sittenpolizei arretiert worden, und der Polizeiarzt hatte sie, trotzdem er Zeichen der Jungfräulichkeit an ihr feststellte, wegen eines verdächtigen Ausflusses aus der Scheide einige Tage im Krankenhaus zurückbehalten. In erster Instanz wurde die Forderung auf Schadenersatz als berechtigt anerkannt; die obere Instanz wies auf Berufung seitens des Arztes die Klägerin ab.

Nr. 14.

Die Syphilis im Heere, von E. Deloeme. Verfasser wendet sich zunächst gegen die ziemlich allgemein verbreitete Ansicht, daſs die Armee ein Hauptherd und Ausgangspunkt der Syphilis sei. Gerade das Gegenteil sei der Fall. Mit dem Einstellen der Rekruten treten regelmäſsig im Monat November eine erhebliche Steigerung des Prozentsatzes der Syphilitischen bei allen Truppenteilen ein; und nach statistischen Erhebungen stellt sich das Verhältnis von Patienten mit primärer Lues in der Armee auf 1,3 ‰, wogegen man für die Zivilbevölkerung in Frankreich einen Prozentsatz von nicht weniger als 6,4 ‰ berechnet hat (Lafeuille). In erster Linie führt D. dies auf gewisse zweckmäſsige Maſsregeln, welche die Militärbehörden getroffen haben, zurück. Vor allen Dingen ist man bestrebt gewesen, die Soldaten über die Gefahren der Infektion durch Broschüren und mündliche Belehrung nach jeder Richtung hin möglichst aufzuklären. Ferner ist die Einrichtung getroffen, daſs bei der in regelmäſsigen Zwischenräumen vorzunehmenden ärztlichen Untersuchung die Mannschaft einzeln unter vier Augen vom Arzte vorgenommen wird; man findet, daſs dabei die erkrankten und namentlich die im Range eines Vorgesetzten stehenden, Unteroffiziere usw., viel weniger bemüht sind eine etwaige Erkrankung zu verheimlichen. Sehr empfehlenswert findet Verfasser die in der deutschen Armee anzutreffende Maſsregel, die Mannschaft mit Schutzmitteln gegen venerische Ansteckung zu versehen. In längerer Ausführung tritt er schlieſslich für eine gesetzliche Kontrolle der Prostituierten ein. In Städten (Belfort), wo die Prostitution keiner Beaufsichtigung unterliegt, ist die Zahl der Syphilitiker unter den Soldaten verhältnismäſsig am allergröſsten. Und Länder wie England und Italien, wo keine Kontrolle geübt wird, stehen gegenüber Deutschland und Frankreich mit ihrer gesetzlichen Beaufsichtigung ganz enorm im Nachteil betreffs der venerischen Erkrankungen im Heere. (*Bull. acad. de méd.* 27. April 1907.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Ein Handbuch für Hautkrankheiten und deren Behandlung, von Arthur Whitfield. (Edward Arnold, London 1907.) Verfasser, Professor für Dermatologie am King's College zu London, hat das Handbuch dem bekannten Dermatologen Colcott

Fox gewidmet und will mit demselben in gedrängter Zusammenfassung (auf 312 Seiten) eine Abhandlung über die gesamte Dermatologie einschliefslich der Syphilis geben, wobei die praktische Seite, also vor allem die Behandlung im Vordergrunde steht. Trotzdem ist auch das klinische Bild der einzelnen Erkrankungen mit Sorgfalt ausgeführt und spezielle Aufmerksamkeit den raschen, in der Sprechstunde auszuführenden Untersuchungsmethoden geschenkt; dankenswerterweise ist dem Buche ein Anhang über die Vorbereitung von Bläschen- oder Pustelinhalt, von Schuppen u. ä., von Haaren usw. zur mikroskopischen Untersuchung beigegeben. Die zahlreichen Illustrationen stammen alle von Photographien, welche vom Verfasser selbst aufgenommen worden sind, und sind mit offenkundiger Sorgfalt bezüglich ihres praktischen Wertes ausgesucht; von den selteneren Hauterkrankungen sind die am meisten charakteristischen Fälle und von den häufigeren, wie Psoriasis und Impetigo, solche Beispiele, welche etwas weniger gewöhnlich sind, gewählt. Ein einleitendes Kapitel bringt einen Abrifs über Anatomie und Physiologie der Haut, klinische Untersuchungsmethoden und allgemein therapeutische Gesichtspunkte. Die Einteilung des ganzen Gebietes erfolgt sodann folgendermafsen: 1. Pyogene Infektionen der Haut, Impetigo contagiosa, Pemphigus, Ekthyma, Erysipel, Sykosis usw. und die Folgen des Kratzens, 2. Hautkrankheiten, durch animalische Parasiten (Pediculosis, Scabies), 3. durch andere (Pilze) verursachte (Ringworm, Pityriasis versicolor, Favus usw.), 4. Urticaria, Lichen, Prurigo u. ä., 5. die Erytheme, 6. Purpura, 7. Dermatitis herpetiformis, 8. Seborrhoea, Hyperhydrosis, Akne rosacea usw. Eigene Kapitel bilden sodann je Tuberkulose, Syphilis, Lepra zusammen mit Yaws, Aktinomykosis und Blastomykosis, ferner Tumoren, Ichthyosis mit Leuko- und Sklerodermie, Haarkrankheiten und schliefslich Xerodermia pigmentosa zusammen mit Keratosis follicularis und Acanthosis nigricans. Wie ersichtlich, wurde auch bei der Einteilung des ganzen Stoffes das Hauptargument auf die praktische Seite gelegt und dürfte das handliche Buch dadurch eine grofse Anhängerzahl gewinnen. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. *Prostata.*

Über die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie und ihre Technik, von Fedor Haenisch-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 14.) Die Erfahrungen, die H. mit der Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie gemacht hat, sind im allgemeinen günstige. Besonders geeignet für die Anwendung der Röntgenstrahlen erscheinen die dicken, weichen, glandulären Formen von Prostatahypertrophie mit fast rein adenomatösem Bau, namentlich, wenn noch nicht lange Harnretention besteht und noch keine sekundären Veränderungen der Blase vorhanden sind; sind solche bereits eingetreten, dann ist die gleichzeitige Behandlung der Blase von gröfster Wichtigkeit für den Erfolg der ganzen Therapie. Die fibrösen Formen, in denen Bindegewebe und Muskulatur vorwiegen, verhalten sich gegenüber den Röntgenstrahlen refraktär. Schwere stenokardische Anfälle hat H. bei der Behandlung nicht beobachtet, wahrscheinlich, weil er immer nur kleine Strahlenmengen appliziert. Er verwendet Müllersche Wasserkühlröhren und bestrahlt im Verlaufe von zwei bis drei Wochen

sechs- bis achtmal je sechs Minuten lang unter voller Belastung der Röhre. Als Stütze für den Leib des in Knieellenbogenlage befindlichen Patienten dient ein der Leibesform entsprechendes hohlgepolstertes Kissen, dessen hölzerne Unterlage genau in den Rahmen der Blende hineinpaſst. Bemerkenswert am Instrumentarium K.s ist auſserdem ein in Laufschienen seitlich verschiebbarer, kräftiger, etwas modifizierter Gochtscher Wandarm, dessen geschmirgeltes Kugelgelenk die absolute Feststellung der Röntgenklemme in jeder beliebigen Stellung garantiert; eine Gundelachsche Schutzkappe aus Bleiglas, in der die Röntgenröhre, stets zentriert, eingeschnallt ist, wird mit ihrem Querholz am Wandarm befestigt, auf den Glasansatz der Kuppe paſst das ganz aus Bleiglas gefertigte Mastdarmspekulum. Diese Anordnung hat sich bei H. sehr gut bewährt. *Götz-München.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Untersuchungen über die renale Elimination bei Tag und bei Nacht, von L. Faugeron. (*Thèse de Paris.* 1907.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Ausscheidung von Farbstoffen durch die Niere, von Anna Königsberg. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankungen der Harnwege praktische Bedeutung? von B. Goldberg-Wildungen. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1907. Nr. 16.) Der Aufsatz lehnt sich an die von F. Süter-Basel in der *Zeitsch. f. Urologie* Bd. I. Heft 2 u. 3 veröffentlichte Arbeit an. Es werden einige eigene Untersuchungsresultate besprochen. Wesentliche neue Momente werden nicht gebracht. *Carl Schramm-Dortmund.*

Helmitol bei Nephritis, von Grosz-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1905. Nr. 30.) Grosz empfiehlt das Helmitol für die Prophylaxe und Therapie der Scharlach-Nephritis. Bei 27 Kindern trat nur in fünf Fällen Nephritis auf, bei 22 weiteren Fällen trat keine Nierenaffektion auf. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein Fall von Hydronephrose mit einem den Ausfluſs des Urins verhindernden Septum der Urethra, von G. S. Thampson-Devonport. (*Lancet.* 23. Febr. 1907.) Ein 14jähriger Knabe wurde wegen Stuhlverhaltung und Urinbeschwerden in Behandlung genommen. Man fand im Abdomen einen Tumor dicht über dem Schambein, und die Einführung eines Katheters entleerte keinen Urin. Nach Eröffnung des Abdomens stellte es sich heraus, daſs der Tumor die leere Blase war. Das Kind starb am Tage darauf. Bei der Autopsie fand man beide Nieren im Zustand einer hochgradigen Hydronephrose mit getrübtem, eiterhaltigem Inhalt und stark verdickten Ureteren. In der Urethra fand sich ein durchscheinendes, membranöses Septum dicht am Orificium externum vesicae, offenbar die Ursache der Urinretention.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Lehre von der Hydronephrose im Kindesalter, von Ernst Luckow. (Inaug.-Dissert. Kiel 1907.) Nach einer gründlichen Definition und Erörterung der Pathogenese, besonders der kindlichen, Hydronephrose teilt Verfasser die Befunde von fünf Fällen mit, in denen die Hydronephrose auf Anomalien zurückzuführen war. Es handelte sich in diesen Fällen um: erster Fall: angeborene Enge der Ureterenmündung; zweiter Fall: Verschluſs der Ureterenmündung in der Blase; dritter Fall: Verhinderung des Urinausflusses durch ein an der Grenze von Pars prostatica und Pars membranacea liegendes Klappenventil; vierter Fall: starker rechtsseitiger, geringer linksseitiger Prolaps des Ureters in die Harnblase; fünfter Fall: Prolaps eines der zwei linken Ureteren in die Blase. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Pyelocystitis, behandelt mit Helmitol, von Benjamin Romo-Cubellas. (*La Clinica mod.* 1906. Nr. 47.) Der vom Autor ausführlich beschriebene Fall von Pyelocystitis ist dadurch interessant, daſs nach 17 tägiger absoluter Harn

verhaltung — nachdem Salol, Natr. benzoicum, Sandelölkapseln, Blasenspülungen mit Borsäurelösung, Kataplasmen, Halb- und Vollbäder, auch Urotropin keine Besserung gebracht hatten — bereits nach zwei- bis drei Tage langem Gebrauch von Helmitol der Patient wieder spontan Urin lassen konnte, der Tenesmus nachliefs, der mit Blut und Eiter vermischte Harn seine normale Beschaffenheit bekam, kurz restitutio ad integrum eintrat. *A. Straufs-Barmen.*

Helmitol bei Pyelonephritis, von Rappauer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 56.) Bei Pyelonephritis bewährte sich das Helmitol nicht so gut, wie andere Mittel, z. B. das Aspirin. *A. Straufs-Barmen.*

Das Helmitol, von Planques. (*Thèse de Lyon.* Dezember 1905.) P. stellt den antiseptischen Effekt des Helmitols bedeutend höher als den des Hexamethylentetramins. Alkalischer stinkender Harn klärt sich nach Helmitolgebrauch sehr rasch, verliert seinen üblen Geruch und reagiert wieder sauer. In der Behandlung blennorrhoischer Cystitis wurden recht befriedigende Resultate erzielt. *A. Strauß-Barmen.*

Über Dialyseversuche mit dem Helmitol, von Comosci. (*Clinica mod.* 1905. Nr. 33.) Von Comosci konnte mit Bestimmtheit erwiesen werden, dafs die Gegenwart von Helmitol die Dialyse der Harnsäure erheblich beschleunigt, während Hexamethylentetramin diese Fähigkeit nicht nur nicht besitzt, sondern sogar den Durchtritt der Harnsäure verzögert. Helmitol verdient daher auch als harnsäurelösendes Mittel mehr Beachtung, als es bislang gefunden hat. *A. Straufs-Barmen.*

Über die Wirkung des Theocins bei Nierenkrankheiten, von Pavinski und Korzon. (*Heilkunde.* 1905. Nr. 9.) Bei schweren Ödemen, die durch Nierenleiden bedingt waren, leistete das Theocin vorzügliche Dienste. Albuminurie bildete keine Kontraindikationen. Es erleichterte merklich die Respiration.

A. Straufs-Barmen.

Der Nachweis von Aceton im Urin, von P. J. Cammidge - London. (*Lancet.* 30. März 1907.) Verfasser macht auf die von F. Lange angegebene Reaktion aufmerksam: man setzt zu 15 ccm Urin 0,5 bis 1,0 ccm Eisessig und einen Tropfen frischer Natrium - Nitrocyanidlösung zu. Auf die Oberfläche schichtet man 1 ccm starkes Ammoniak, worauf bei Gegenwart von Aceton ein deutlicher violetter Ring hervortritt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Reaktionen auf Aceton im Urin, von B. J. F. Jackson Taylor-London. (*Lancet.* 23. März 1907.) Von den beiden gewöhnlich angewandten Reaktionen, die Jodoformprobe und die Probe mit Natrium-Nitrocyanid, ist nach J. die erstere zuverlässig, wenn man Jodoformkristalle unterm Mikroskop nachweisen kann, während der Jodoformgeruch allein nicht beweisend ist. Für die Cyanidprobe empfiehlt Verfasser die Verwendung von starkem Ammoniak an Stelle der sonst üblichen Kalilauge. Man gibt auf die Mischung von Urin und Natrium - Nitrocyanid eine mäfsig starke Schicht Ammoniak. Dieselbe bleibt bei normalem Urin klar oder wird allenfalls orangegelb verfärbt. Bei Vorhandensein von Aceton zeigt sie dagegen binnen ein bis drei Minuten einen deutlichen magentaroten Ring, der allmählich aufwärts steigt. Die Cyanidlösung mufs frisch bereitet sein; die Konzentration derselben ist nicht mafsgebend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Albumosurie im Fieber, von Rudolf Dietschy. (Inaug. - Dissert. Basel. 1906.) Der Autor resumiert die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen:

1. Eine Methode zum Albumosennachweis kann nur dann einwandsfreie Ergebnisse liefern, wenn immer als Vorakt prinzipiell eine Enteiweifsung vorgenommen wird, die alle genuinen Eiweifskörper entfernt, ohne dabei eine Spaltung im Sinne der Hydratation hervorzubringen.

2. Die Albumosurie scheint allerdings nur bei fieberhaften Krankheiten aufzutreten; hingegen steht sie in keinem näheren Zusammenhang mit der fieberhaften Temperatursteigerung, sondern muſs wohl eher zurückgeführt werden auf die Resorption von gröſseren Mengen zerfallenen Zellmaterials ins Blut.

Fritz Loeb-München.

Albuminurie und Hyperoxalurie, von Bergouignan-Paris. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 21.) B. hat bei einer Frau, die schon zweimal während der Schwangerschaft Albuminurie gehabt hatte, im Anschluſs an eine Angina oder an körperliche Anstrengung oder geistige Aufregung wiederholt das gleichzeitige Auftreten von Albuminurie und Hyperoxalurie beobachtet, die dann beide stets gleichzeitig auch wieder verschwanden. Durch dieses Zusammentreffen aufmerksam gemacht, hat B. bei Albuminurie regelmäſsig auf Hyperoxalurie gefahndet und bei neun Kranken mit Eiweiſsausscheidung verschiedener Natur Hyperoxalurie gefunden; in allen neun Fällen zeigten beide Erscheinungen vollständig parallelen Verlauf, sie wurden miteinander schwächer oder stärker und verschwanden miteinander. — B. hält es für sicher, daſs gastrointestinale Störungen, gleichviel wodurch sie bedingt sind, sowohl Hyperoxalurie, wie Albuminurie (Digestionsalbuminurie) hervorrufen können, und es erscheint ihm natürlich, daſs diese zwei krankhaften Symptome, da sie die gleiche Ursache haben, auch miteinander auftreten. Die Behandlung der „Anfälle von hyperoxalurischer Albuminurie“ besteht in Beseitigung der gastrointestonalen Störungen und in Kräftigung des Allgemeinzustandes, um dadurch die Wiederkehr solcher Störungen möglichst zu verhüten. Da die Digestionsalbuminurie nicht nur die wichtigste und häufigste funktionelle Eiweiſsausscheidung darstellt, sondern auch oft genug sich zu bestehenden Nephritiden hinzugesellt, ist es wichtig, bei Nephritikern auf Hyperoxalurie zu achten, da diese auf das Vorhandensein krankhafter Vorgänge in den Verdauungsorganen und auf das gleichzeitige Bestehen einer Digestionsalbuminurie hindeutet.

Götz-München.

Die Albuminurie, von P. L. Plumier-Liège. *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège* 7—10. 1906. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1907. Nr. 60.) Das klinische Studium der Albuminurie führt zu dem Schluſs, daſs jede noch so leichte Albuminurie an eine Alteration der Niere geknüpft ist. Fälle von physiologischer und funktioneller Albuminurie sind für symptomatisch infolge einer Schwäche der Nieren anzusehen.

Schourp-Danzig.

Die Esbachsche Eiweiſsprobe, durch Kreatinin gestört, von W. J. Calvert-Columbia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 2.) Das unvollkommene Absetzen des Niederschlages bei manchen Esbach-Proben erklärt sich vielleicht aus dem Umstande, daſs Kreatinin mit Pikrinsäure in saurer Lösung einen Niederschlag gibt, welcher lange Zeit in Suspension bleibt. *Schourp-Danzig.*

Ein Beitrag zur Kenntnis des Indols und Phenols im Harn von Kranken, von Lydia Boltine. (*Thèse de Lausanne.* 1906.) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung einseitiger renaler Hämaturie durch Injektion von Adrenalin mittels Ureterenkatheters, von Hugh H. Young-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 20.) Ein 36jähriger Mann hatte eine Verletzung durch eine fallende eiserne Stange in der rechten Nierengegend erlitten, die zu andauernden Schmerzen führte. Zehn Tage nach dem Unfall trat Hämaturie auf, welche 16 Monate anhielt. Die cystoskopische Untersuchung ergab, daſs der blutige Urin aus der linken Niere kam. Mittels Katheters wurde in den linken Ureter Adrenalinlösung eingespritzt. Es erfolgte Heilung. *Schourp-Danzig.*

Phagocytose von Erythrocyten und die Frage der Opsonine bei paroxysmaler Hämoglobinurie, von J. Eason. Die einzige beim Menschen vorkommende

Krankheit, bei welcher die Rolle der Hämopsonine praktische Bedeutung zu haben scheint, ist die paroxysmale Hämoglobinurie; von DONATH und LANDSTEINER und unabhängig von diesen von EASON selbst wurde festgestellt, daſs die Hämolysis von der Wirksamkeit eines intermediären Körpers oder Amboceptors abhängt, dessen Tätigkeit gehemmt ist, wenn das Blut bei normaler Temperatur (in atro) gehalten ist; unter solchen Umständen kommt keine Hämolysis und keine Opsoninwirkung zustande, jedoch bei Kälteeinwirkung und chemischen, die Gerinnung verhütenden Mitteln. Diese Beobachtungen lehrten auch eine sehr ergiebige Auflösung der Erythrocyten durch die Phagocyten; als letztere spielen sowohl die viel- wie die einkernigen Leukocyten eine Rolle. Nach weiterem Experiment EASONS, nach EHRLICHS Methode angestellt, scheint es, daſs die Phagocytose in hohem Maſse von vorheriger Gefrierung ebenso wie die extra-celluläre Lysis abhängt, was ein Fingerzeig sein dürfte, daſs der Amboceptor die Ursache für beide Prozesse ist. *Stern-München.*

Pathogenese des hämoglobinurischen Fiebers, von WILLIAM H. DEADERICK-Mariana. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 22.) Das Schwarzwasserfieber entwickelt sich auf Grund einer vorangegangenen Malariainfektion. Der Erreger dieser Krankheit, der Ästivoautumnalparasit, erzeugt vermutlich im Blut ein Toxin, welches die Übersättigung der Leber mit Hämoglobin zur Folge hat. Allmählich entsteht eine Überproduktion hämoglobinbindender Rezeptoren der Leberzellen, die in den allgemeinen Kreislauf gelangen und sich mit einem Komplement des normalen Serums zu einem Hämolysin vereinigen. Wenn die Produktion von Hämolysin nicht mit zu groſser Schnelligkeit erfolgt, entsteht ein Antihämolysin. Solange Hämolysin und Antihämolysin sich das Gleichgewicht halten, tritt keine Hämolyse auf; bei Störung des Gleichgewichts durch neue Malariainfektion, Erkältung, Strapazen u. a. kommt die Hämolyse zustande und mit ihr die Hämoglobinurie. *Schourp-Danzig.*

Ein neues Saccharimeter, von L. E. WALBUM-Kopenhagen. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 11. Nov. 1907.) Bei diesem Apparate kommt die FEHLINGsche Lösung zur Anwendung in einem graduierten Reagensglase. Es wird zunächst die Kupferlösung (5 ccm) mittels Pipette eingegeben und dazu eine passende Menge Lauge bis zu dem am Striche kenntlichen Quantum zugesetzt. Nach Erhitzen wird der im Verhältnis 1 : 1 resp. 1 : 9 verdünnte Urin zugesetzt, bis die blaue Färbung ganz verschwindet. Dann kann man an der eingebrannten (resp. geätzten) Graduierung den Prozentsatz des Zuckers ablesen. Bei einiger Übung ist die Prüfung in etwa fünf Minuten auszuführen und gibt recht genaue Resultate. Der Apparat ist bei P. ALTMANN in Berlin zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung, von KARL GRUBE-Neuenahr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.)

Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung, von H. ENGEL-Nauheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.)

GRUBE empfiehlt für die quantitative Bestimmung des Zuckers im Urin eine etwas modifizierte FEHLINGsche Titration, die mittels eines vom Apotheker ARNOLD WOLFF-Hamburg ersonnenen Apparates rasch und bequem ausgeführt werden kann und für die tägliche Praxis hinreichend genaue Resultate ergibt. (Ein ähnlicher Apparat ist seit Jahren unter dem Namen „Zucker-Untersuchungsapparat nach LIMOUSIN“ im Handel. Ref.) — Quantitative Untersuchungen auf Eiweiſs hält GR. für überflüssig; meist genügt eine annähernde Bestimmung der Eiweiſsmenge nach dem Augenmaſs.

ENGEL bemerkt dazu, daſs die von GRUBE empfohlene Methode der quantitativen

Zuckerbestimmung und der dazu gehörige Apparat im Auslande schon lange bekannt und geschätzt sind, und dafs sie auch nach seinen Erfahrungen die gröfste Verbreitung verdienen. Dagegen kann E. nicht zugeben, dafs die quantitative Eiweifsbestimmung überflüssig ist. Schwankungen der Eiweifsausscheidung bei Nephritikern haben doch sehr oft eine recht grofse prognostische Bedeutung. Allerdings ist nur die gewichtsanalytische Eiweifsbestimmung exakt, nicht aber die voluminometrische.

Götz-München.

Über den Nachweis von Zucker im Urin vermittels der Hainesschen Lösung, von Richard Schwarz-Stuttgart-Mergentheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) Schw. empfiehlt zum Nachweis von Zucker im Urin die Verwendung der Hainesschen Lösung, die aus Cupr. sulfur. 2,0, Aqu. dest., Glycerin āā 15,0, 5 %ige Kalilauge 150,0 besteht. Die Probe, die noch bei 0,05 % Zucker positiv ausfällt, wird in folgender Weise ausgeführt: Man bringt einige Kubikzentimeter der Lösung zum Kochen und setzt tropfenweise Urin zu; wenn Zucker vorhanden ist, dann zeigt sich wie bei der Trommerschen Probe die bekannte gelbe bis ziegelrote Färbung, und zwar um so rascher und intensiver, je gröfser die Zuckermenge in dem betreffenden Urin ist. Bei einem Zuckergehalt von zwei oder mehr Prozent wird die Färbung schon durch Zusatz eines einzigen Tropfens Urin und nachheriges einmaliges Aufkochen herbeigeführt. *Götz-München.*

Über den Nachweis der Pentosen im Harn, von A. Jolles-Wien. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1907. Nr. 17.) Enthält eine Verteidigung der von J. angegebenen Methode des Nachweises der Pentosen im Harn gegenüber einer Publikation von Sachs, der die Farbenreaktion auf Grund seiner Nachprüfungen für nicht einwandfrei hält. *Carl Schramm-Dortmund.*

Pentose im Harn und Nachweis derselben, von Ernst Kraft - Kissingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 24.) Vor einiger Zeit hat Grünewald in der *„Münch. med. Wochenschr."* zum Nachweis von Pentose im Harn eine Abänderung des Bialschen Pentosereagens empfohlen. Diese Modifikation ist nach Kr. vollständig unbrauchbar; wenn man mit ihr arbeitet, so kann man auch mit genuinem Pentoseharn den Pentosenachweis nicht führen. Der Fehler liegt darin, dafs der Orcin- und namentlich der Eisengehalt zu hoch und die Salzsäure zu schwach ist. Mit einem genau nach der Bialschen Vorschrift hergestellten und angewandten Reagens erhält man absolut sichere Resultate. *Götz-München.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Epitheliom der Clitoris, von F. H. Neuhaus-Houston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 1.) Bei einer 52jährigen Frau fand sich an der Clitoris eine ulcerierende Geschwulst von der Gröfse einer halben Haselnufs, ohne Beteiligung der inguinalen Lymphdrüsen. Die exzidierte Geschwulst wurde für ein Epitheliom diagnostiziert.

Schourp-Danzig.

Zur Diagnose und Behandlung der Urethritis beim Weibe, von Otfried O. Fellner-Wien. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 6.) Die Therapie der Erkrankungen der Urethra des Weibes bezeichnet Verfasser mit Recht als Stiefkind sowohl der Andrologen als auch der Gynäkologen. Die chronische Urethritis wird relativ selten richtig behandelt, schon aus dem Grunde, dafs es an geeigneten Methoden fehlt, um dieselbe zu diagnostizieren. Verfasser übt eine Kritik der üblichen Methoden aus und beschreibt sein eigenes Verfahren. Es besteht in seinem Wesen einerseits in der gründlichen Durchspülung der Urethra und Untersuchung des Spülwassers, andererseits in der Besichtigung der Urethra mit dem modifizierten Siegelschen Trichter.

Auch bei der Behandlung leistete dem Verfasser die Spülbehandlung der Urethra

sehr Gutes. Sie soll stets der Behandlung der Blase vorausgehen. Jede Behandlung des Fluor albus mufs mit der Behandlung der chronischen Urethritis verbunden werden, wie auch umgekehrt die Heilung der Urethrocystitis die Heilung des Fluors erfordert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Kasuistik der Vulvasarkome, von Josef Weil. (Inaug.-Dissert. Zürich 1905.) Die Arbeit bestätigt die aufserordentliche Seltenheit der Vulvasarkome und deren Malignität. *Fritz Loeb-München.*

Deformitäten der Vulva durch induriendes Ödem, von Robert W. Taylor-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 2.) An einer Reihe von Krankheitsfällen, von denen Abbildungen gebracht werden, zeigt der Verfasser, dafs das indurierende Ödem sowohl als Begleiterscheinung des syphilitischen Primäraffektes und der Frühsyphilis als auch im Spätstadium der Syphilis vorkommt. Seine fast regelmäfsige Folgeerscheinung ist eine einfache chronische Gewebshyperplasie. Diese kann eine solche Deformität darstellen, dafs Elephantiasis, Sarkom oder Carcinom u. a. fälschlich diagnostiziert werden können. Bei richtiger Diagnose und früher antiluetischer Behandlung tritt schnell Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Komplikationen der Blennorrhoe, von J. Jadassohn-Bern. (*Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts.* Urban & Schwarzenberg, Berlin 1906.) Behandelt in kurzer, prägnanter Zusammenfassung die gesamten Komplikationen der Blennorrhoe, soweit sie den praktischen Arzt interessieren. J. ordnet den Stoff nach folgenden Zeitpunkten: 1. lokale und regionäre Komplikationen; 2. Autoinoxulations-Komplikationen; 3. Allgemeininfektion mit Gonokokken-Metastasen; 4. durch Gonokokken oder Gonotoxine bedingte Komplikationen; 5. Para- (und post-) blennorrhoeische Komplikationen. Unter letzteren versteht J. diejenigen Prozesse, die weder durch Gonokokken noch deren Toxine veranlafst sind, bei denen vielmehr physikalische oder chemische Momente, Misch- oder Sekundärinfektionen, nervöse Einwirkungen die wesentlichste Rolle spielen. Die Angaben über Therapie beschränken sich auf allgemeine Direktiven. *Carl Schramm-Dortmund.*

Gonokokkeninfektion als Ursache von Blindheit, Vulvovaginitis und Arthritis, von J. Clifton Edgar-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 5.) Die Zahl der infolge Blennorrhoe Erblindeten in den Vereinigten Staaten schwankt zwischen 6000 und 7000. Als Ergebnis einer Enquete bei 113 Gynäkologen teilt der Verfasser mit, dafs 103 von ihnen die prophylaktische Behandlung der Neugeborenen mit Argentum nitricum, meist in 1%iger Lösung, vornehmen. Zur Vermeidung des Höllensteinkatarrhs empfiehlt sich nachfolgende Einträufelung von schwacher Borsäurelösung.

Die Häufigkeit der blennorrhoischen Vulvovaginitis kleiner Mädchen glaubt der Verfasser auf die gröfsere Infektionsempfänglichkeit des kindlichen Scheidenepithels zurückführen zu können. Wegen der möglichen Ausbreitung des Krankheitsprozesses auf das Peritoneum usw. ist die Vulvovaginitis energisch zu behandeln.

Die blennorrhoische Arthritis bei Kindern ist selten. Unter 800 Kindern, die wegen Verdacht auf Notzucht untersucht wurden, fand sich oft Vulvovaginitis, aber keine Arthritis. *Schourp-Danzig.*

Die chronische Blennorrhoe des Mannes, von R. Picker-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 5—7.) In jedem Falle müssen die hintere Harnröhre und deren drüsige Organe, falls dieselben intakt sind, jene Herde der vorderen Harnröhre unter-

sucht werden, die erfahrungsgemäfs einen chronischen Verlauf der Krankheit verursachen können. Grofses Gewicht ist auf die mikroskopische, eventuell bakteriologische Untersuchung des Sekretes zu legen. *B. Kollarits-Budapest.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Pyelitis, von J. Sellei und H. Unterberg-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 5.) In fünf Fällen wurde mittels Ureterenkatheterismus aseptisch aufgefangener Harn des Nierenbeckens bakteriologisch untersucht. Gonokokken allein sind einmal, Gonokokken und andere Bakterien einmal, Bakterien ohne Gonokokken dreimal nachgewiesen worden. In den Fällen von Mischinfektion waren Kolibazillen am häufigsten. (Kolibazillen in vier, Staphylokokken in einem, dicke Diplokokken in einem, Pseudodiphtheriebazillen in einem Falle.) Es können also Gonokokken allein auch Pyelitis verursachen, doch am häufigsten entsteht die Entzündung des Nierenbeckens durch andere Bakterien, eventuell in Gemeinschaft mit Gonokokken. — Wenn die innere Behandlung nicht zum Ziele führt, also in Ausnahmefällen, empfehlen S. und U. die Ausspülung des Nierenbeckens mit 5—6 ccm 1—2%iger Kollargollösung. Die Wirkung dieser Behandlung ist auffallend günstig, und die Heilung tritt schnell ein.

B. Kollarits-Budapest.

Die blennorrhoische Hyperkeratose, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1907. Nr. 21.) Beschreibung eines Falles von blennorrhoischer Hyperkeratose, jener eigenartigen Hautaffektion, die bei Tripperkranken, aber nur im Anschlufs an arthritische Erscheinungen vorkommt und sich durch Bildung flächenhaft ausgebreiteter hornartiger Verdickungen an den Fufssohlen und verhornten Knötchen an den grofsen Zehen manifestiert. Ch. glaubt nicht, dafs die Erkrankung trophoneurotischer Natur ist, wie von anderer Seite behauptet wird, er sieht in ihr nur die Folge mangelhafter Reinlichkeit und ungenügender Pflege der Füfse; in dem mitgeteilten Falle waren Fufsverbände unglaublich lange Zeit nicht gewechselt worden. Die Entstehung der blennorrhoischen Keratosen läfst sich durch sorgfältige Pflege der Füfse mit Sicherheit vermeiden, sind sie jedoch einmal da, so sind sie stets auch sehr hartnäckig, können aber durch wiederholtes Abseifen und feuchte Verbände mit abgekochtem Wasser immer rasch beseitigt werden. *Götz-München.*

Blennorrhoische Prostatitis, von J. Bayard Clark-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 15.) Nichts neues. *Schourp-Danzig.*

Über die blennorrhoischen Erkrankungen der Prostata, von W. Schiele-Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 29.) Enthält lediglich ein Referat über die zurzeit geübte Behandlung der Prostatitis blennorrhoica.

Carl Schramm-Dortmund.

Blennorrhoische Epididymitis; eine Studie von 264 Fällen, von Alexander A. Uhle und William H. Mackinney-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 23. Febr. 1907.) Verfasser beobachteten bei 241 poliklinischen Patienten 264 Fälle von Epididymitis, was ihnen einen Prozentsatz von 16 der Blennorrhoefälle ergab. 42 der Fälle kamen in der ersten, 37 in der zweiten Woche, 44 in der dritten usw., 63 nach der achten Woche vor. Der Gonococcus kann im Nebenhoden viele Jahre nach scheinbarer Heilung noch virulent vorhanden sein, was die Entwicklung einer Epididymitis Monate und Jahre nach Heilung der Blennorrhoe infolge von Trauma oder anderen Ursachen erklärt. Im Gegensatz zu den in vielen Handbüchern gemachten Angaben fanden U. und M. den Hoden nur ganz ausnahmsweise bei Blennorrhoe befallen. Von den 264 Fällen entstanden 81, während die Patienten noch unter Beobachtung waren; einen besonderen Einflufs der Art der Blennorrhoebehandlung oder der Nichtbehandlung auf die Entstehung der Nebenhodenentzündung konnten Verfasser bei ihren Fällen nicht beobachten. Bezüglich der Behandlung empfehlen sie nach Aufhören der akuten

Symptome eine Salbe, die aus gleichen Teilen Belladonna- und Hg- und 10%iger Ichthyolsalbe und Lanolin besteht; sie fanden diese Behandlungsart den anderen (mit Pflasterbinde usw.) Methoden weit vorzuziehen. Eiterung trat in einem Falle und in einem andern stellte sich Hydrocele ein. Bezüglich der auf Epididymitis folgenden Sterilität haben Verfasser keine persönlichen Erfahrungen machen können und führen nur die Statistiken von BENZLER (23,4 % nach einseitiger, 42,7 % Sterilität nach doppelseitiger Epidydimitis) an. *Stern-München.*

Über Conjunctivitis, Iridocyklitis und andere Augenaffektionen als Teilerscheinungen eines „Gonorrhoismus", von K. ULLMANN-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 15, 18, 19, 20.) Die Arbeit behandelt das bis in die jüngste Zeit noch von einzelnen Autoren bestrittene Vorkommen von entzündlichen Augenerkrankungen auf metastatischer oder toxischer Basis bei blennorrhoischer Allgemeininfektion. Nach ausführlicher Würdigung der einschlägigen Literatur in chronologischer Anordnung wird der Statistik und Pathogenese je ein Kapitel gewidmet. Therapeutisch schlägt Verfasser neben der Behandlung des Auges noch eine vorsichtige, nicht reizende Behandlung der blennorrhoischen Affektion vor. Er warnt vor frühzeitiger mechanischer Lokalbehandlung und Massage, die häufig das Augenleiden zum Rezidivieren bringen.

Ob die vom Verfasser vorgeschlagene, nach dem Französischen „gonorrhoisme" gebildete Bezeichnung Gonorrhoismus für Tripper-Allgemeininfektion ungeteilten Beifall finden wird, wage ich nicht anzunehmen. Das Wort ist für Ohr wie für Zunge doch etwas hart. (Richtiger wäre es wohl, wenn man mit dem so unpassend gewählten Worte „Gonorrhoe" (= Samenfluſs) so bald als möglich aufräumen und es nach KÖBNERS Vorschlage durch „Blennorrhoe" (= Eiterfluſs) ersetzen wollte. Die Red.)
Carl Schramm-Dortmund.

Conjunctivitis blennorrhoica bei Erwachsenen und Kindern, von T. B. HOLLOWAY-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48. Nr. 15.) Der Verfasser berichtet von 129 Fällen eigener Behandlung innerhalb von sechs Jahren. Von diesen Fällen betrafen 57 Neugeborene. Die Arbeit bringt nichts Neues.
Schourp-Danzig.

Metastatische Conjunctivitis bei Blennorrhoe, von JAMES J. CARROLL-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49. Nr. 2.) In zwei beobachteten Fällen von blennorrhoischer Urethritis und Polyarthritis kam es zu katarrhalischen Konjunktivitiden. Abgesehen davon, daſs es nicht gelang, Gonokokken im Konjunktivalsekret nachzuweisen, fehlten hierbei auch die Erscheinungen, welche für eine Konjunctivitis blennorrhoica charakteristisch sind: groſse Schmerzen, Liderschwellung, Schwellung der episkleralen Gefäſse u. a. Der Verfasser bezeichnet daher die Bindehautentzündung als metastatische, indem er sich auf zahlreiche, in der Literatur angegebene Fälle bezieht. *Schourp-Danzig.*

Über örtliche und innerliche Behandlung der Blennorrhoe, von A. NEISSER. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 14.) Verfasser hebt die Notwendigkeit der antibakteriellen Therapie des Trippers hervor: die Anwendung der Injektionen von Silberpräparaten ist unentbehrlich. Demgegenüber ist die Anwendung der Balsamika entbehrlich, wenn es auch keinem Zweifel unterliegt, daſs sie mit Vorteil neben den Einspritzungen angewendet werden können. Die Gefahr der Anpreisungen und Empfehlungen der inneren Mittel liegt in dem Umstand, daſs dabei leider sehr oft die absolute Notwendigkeit, jeden Tripper auch lokal zu behandeln, verschleiert oder gar verleugnet wird.

Bei dieser Gelegenheit wendet sich Verfasser gegen ERB, der bekanntlich auf Grund seines statistischen Materials die bisher geltenden Anschauungen über die

Häufigkeit des Trippers und über seine Bedeutung als Volkskrankheit, namentlich was die Infektiosität in der Ehe betrifft, für übertrieben erklärt hat.

„Das Publikum mufs sich fürchten vor der Blennorrhoe, und ich meine, es hat alle Veranlassung dazu.“ *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fortschritt in der internen Therapie der Blennorrhoe, von Ardachès Chakarian-Cairo. (*La Médecine Orientale.* 1907. Nr. 3.) Eine Empfehlung des Santyl Knoll. Vier kurze Krankengeschichten. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Zwei Heilungen ohne lokale Therapie. *Schucht-Danzig.*

Über den Wert des Gonosans in der Blennorrhoetherapie, von Frank German-Baltimore. (*Notes on lices Remedies XVIII.* 1907. Nr. 2.) Auch im Auslande erfreut sich das Gonosan, wie diese Abhandlung zeigt, einer steigenden Beliebtheit. Frank berichtet über seine günstigen Erfolge mit dem Mittel und empfiehlt es warm. (Der Wert des Gonosans ist jetzt wohl allseitig so anerkannt, dafs es keiner Empfehlung mehr bedarf, zumal es nicht so unangenehme Nebenwirkungen aufweist, wie das Sandelöl es bisweilen tut. Es hat sich mit Recht eine bleibende Stelle unter den internen Trippermitteln verschafft und hilft zweifellos unterstützend in ausgezeichneter Weise. Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Helmitol bei der Blennorrhagie, von Franceschini. (*Gaz. d'Osped. e. d. Clin.* 1905. Nr. 64.) Ein spezifischer Einflufs des Helmitols auf Gonokokken wird nicht von allen Autoren zugegeben, doch kann es zweifelsohne als Unterstützungsmittel der lokalen Blennorrhoetherapie mit Vorteil herangezogen werden. Verfasser vermochte in vielen Fällen von milder Blennorrhoea anterior acuta ein Übergreifen der Gonokokkeninfektion auf die Pars posterior zu verhindern. Auch bei Urethritis anterior chronica war ein günstiger Effekt unverkennbar, desgleichen bei Urethritis posterior acuta und chronica und bei Urethrocystitis. *A. Straufs-Barmen.*

Zur Verhütung der Blennorrhoe, von Ludwig Spitzer-Wien. (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1907. Nr. 2.) Autor beschreibt die von ihm empfohlene Tropfflasche, welche die Form eines Crayons besitzt. Er benutzt Protargol in 20%iger Lösung. *A. Straufs-Barmen.*

Rapide Behandlung der beginnenden Urethritis blennorrhoica, von Panichi. (*Clinica moderna.* 12. Jahrg.) Die Behandlung bezweckt, bei den ersten Anzeichen der blennorrhagischen Infektion auf die Urethralschleimhaut mit progressiv antiseptischen Substanzen in der Weise und zu dem Zwecke einzuwirken, dafs die Infektion lokalisiert wird. Diese desinfizierende Wirkung soll durch die indirekte Behandlung unterstützt werden; dieselbe soll den Reizzustand der Harnröhre mildern und die Toleranz gegenüber den frühzeitigen Injektionen erhöhen. Die direkte Behandlung besteht in der Injektion und Ausspülung der Harnröhre mit einer Lösung von Pikrinsäure (Pikrinsäure 0.1—0,2, Wasser 300, Laudanum 8,0—10,0, event. Glycerin 5,0). Vorausgesetzt, dafs sehr akute Erscheinungen, besonders beginnende periurethrale Follikulitiden, fehlen, läfst man den Patienten urinieren; dann wird zuerst der Meatus genau mit der Pikrinsäurelösung abgewaschen und endlich die Harnröhre selbst ausgespült, zuerst mit geringeren dann mit gröfseren Mengen der Lösung. Darauf folgt ein prolongiertes warmes Bad. Gleich fängt man auch an mit der inneren Darreichung von Balsamica, wenn keine bestimmte Kontraindikationen vorliegen. Am ersten Tage werden zwei Serien von Ausspülungen verordnet, nebst zwei Bädern. Am dritten Tage kann eine reichlichere Ausspülung gemacht werden; am vierten wird die Pikrinsäurelösung durch Kalium permanganicum ersetzt (1/2%), einmal täglich eine Injektion; am gleichen Tage werden noch zwei Injektionen mit einer adstringierenden Lösung gemacht (stark laudanisierte Ricordsche Lösung). Zur Unterstützung dieser „direkten“ Kur dient die „indirekte“, welche in Ausspülungen mit warmem resp.

heifsem Wasser besteht (47°—55°). Die vom Verfasser mit bestem Erfolge in einer ganzen Reihe von Fällen angewandte Methode behauptet keineswegs ein sofortiges Sistieren des blennorrhoischen Prozesses bewirken zu können; immerhin ist der günstige Erfolg doch ein rascher; die Methode wird immer vorzüglich vertragen, schadet niemals. *C. Müller-Genf.*

Die lokale Behandlung der Blennorrhoe mit Irrigationen, von I. S. Purdy-Port Said. (*Scott. med. Journ.* Mai 1907.) Die Experimente, welche P. an Leichen anstellte, bestärkten ihn in seiner Überzeugung, dafs es unmöglich ist, mit den gewöhnlichen Injektionen, welche nicht hinter den Compressor urethrae oder den die Pars membranacea umgebenden willkürlichen Muskel gelangen, Blennorrhoe des hinteren Teiles der Harnröhre oder chronischen Ausflufs zu behandeln. Für die beste Behandlungsart der Blennorrhoe sowohl des hinteren wie vorderen Teiles der Harnröhre erklärt er die Kombination von Irrigation und Injektion, und zwar bei ersterer am geeignetsten mit Anwendung des Katheters und entsprechender Höhe des Irrigators (3—5½ Fufs). So führt er einen Fall an, wo eine seit fünf Tagen bestehende Blennorrhoe durch diese Methode (Irrigation einer warmen Bor-, dann 1:5000 Kal. permang.-Lösung und Injektion mit 10%igem Argyrol) nach acht Tagen geheilt war. Mit dem Urethroskop waren P.s Erfahrungen keine guten, manchmal trat sogar Verschlimmerung ein. Die tiefen Instillationen waren erfolgreicher, am meisten Erfolg gaben aber systematische Irrigationen in Combination mit heifsen Sitzbädern, zuweilen tonischen Mitteln, Urotropin oder Natrium benzoicum.

Stern-München.

Trockenbehandlung der Blennorrhoe, von W. Zeuner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 25.) Mittels eines Pulverbläsers wird, statt der üblichen Injektionen, Pulver in die Urethra geblasen und zwar hauptsächlich Phenyform und Xeroform. Diese Mittel wirken austrocknend, schmerzstillend, keratoplastisch, blutstillend und adstringierend. Die Einblasungen werden viermal täglich gemacht. (Die Erfolge wollen wir erst einmal abwarten. Der Ref.).

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Berufsgeheimnis und obligatorische Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten, von W. A. Purrington - New York. (*New York med. Journ.* 29. Juni 1907.) Verfasser bespricht dieses schwierige Kapitel vom, wie es Referenten dünkt, rein juristischen Standpunkt aus und kommt nach längerer Erörterung der in New York und den Vereinigten Staaten geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu dem Schlusse, dafs ein Arzt, der weifs, es sei ein infizierter Patient im Begriff, auf eine gesunde Person seine Krankheit zu übertragen (Heirat), sowohl vom gesetzlichen wie moralischen Standpunkt aus verpflichtet, sein Berufsgeheimnis zu offenbaren, wenn kein anderer Weg vorhanden ist, das drohende Unheil abzuwenden. „Es gibt kein Geheimnis, aufser wenn es zu Zwecken, die vor dem Gesetze erlaubt sind, dient.“ Die Weigerung der Sanitätsbehörden, die Geschlechtskrankheiten unter die ansteckenden aufzunehmen und die Zweckmäfsigkeit, diese Krankheiten in allen Fällen anzuzeigen, erklärt P. selbst für eine schwierige Frage, die wohl so bald nicht der Lösung gewärtig sein wird, immerhin glaubt er aber einen praktischen Weg zur Minderung des Übels damit angegeben zu haben, dafs das Gesetz für bestimmte Fälle Anzeige nicht verbietet, sondern eher gebietet. *Stern-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. № 10. 15. November 1907.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der königl. Universität Parma,
geleitet von Prof. V. Mibelli.

Beitrag zum Studium der hämatogenen Theorie bei der Pathogenese der Mykosis fungoides.

Von

Dr. A. Pasini,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilographie.

Mit drei Abbildungen im Text.

Das Studium der Mykosis fungoides ist in den letzten Jahren sowohl in klinischer als in anatomo-pathologischer Richtung mit großem Eifer wieder aufgenommen worden, und zwar hauptsächlich zu dem Zwecke, die dunkle Pathogenese dieser Affektion aufzuklären.

Wenn nun in klinischer Beziehung beinahe alle Autoren darin übereinstimmen, daß bei der Mykosis fungoides eine große Gleichförmigkeit in der Symptomatologie besteht, so daß nach dieser Richtung die Krankheit als gut charakterisiert betrachtet werden kann, so läßt sich leider von den histologischen Hautveränderungen nicht dasselbe behaupten. Man hat nämlich bei klinisch ganz ähnlich verlaufenden Fällen ein anatomisches Substrat vorgefunden, welches nicht nur in der Gesamtstruktur der Hautinfiltrate, sondern in der Gestalt und der Natur der sie zusammensetzenden histologischen Elemente beträchtlich differieren.

Diese Unterschiede in den histologischen Befunden beruhen aber zum großen Teile auf den verschiedenen Auffassungsweisen, welche von den Autoren dem Hautprozesse dieser seltsamen Krankheit gegeben wurden.

In allen Fällen, und zwar sowohl in den flachen Infiltraten als in den wirklichen Tumoren, hat man eine Auflockerung des Bindegewebes in der Cutis konstatiert, welche zur Bildung eines ähnlichen Netzes führt, wie man es in den Lymphdrüsen antrifft. Diese Ähnlichkeit und das häufige Vorkommen eines reichlichen und vorherrschenden Lymphocyteninfiltrates hat einzelne Autoren dazu verleitet, diesem Netze die Bedeutung

eines wirklichen Netz- oder adenoiden Gewebes zu geben und demzufolge die Krankheit als eine Lymphadenie der Haut zu betrachten.[1]

Diese Auffassungsweise ist jedoch heutzutage von den meisten Autoren aufgegeben worden, nachdem eine ganze Reihe von neuen Fällen den Beweis erbracht haben, daſs dasselbe Netz auch in jenen Fällen angetroffen wird, wo die Lymphocyten nur sehr spärlich vertreten sind und wo die Infiltration aus Elementen besteht, welche nicht gestatten, die Hautveränderungen als einen lymphadenischen Prozeſs und die Krankheit als eine Lymphadenie zu betrachten.

Man hat sich denn auch gegenwärtig dahin geeinigt, daſs ein Netzwerk besteht, welches auch die Cytologie des Infiltrates sein möge und daſs es von einer Auffaserung des präexistierenden Bindegewebes herrührt, das sich durch die zelligen Elemente, die es zusammensetzen, in passiver Weise auseinandertreiben läſst.

Wenn nun aber in dieser Richtung eine Einigung erzielt werden konnte, so bleiben die Meinungsverschiedenheiten in bezug auf die das Infiltrat aufbauenden Elemente bestehen.

In einer Gruppe von Fällen hat man konstatiert, daſs das Infiltrat in der Cutis gröſstenteils aus einer groſsen Anzahl von ovalen Zellen besteht, mit hellen Kernen und anastomosierenden Protoplasmafortsätzen, ferner aus einer beinahe gleichen Anzahl von rundlichen Zellen mit reichlichem Protoplasma ohne Fortsätze und einem kleinen intensiv gefärbten Kerne. Nach Unna sind diese letzteren Zellen unvollkommene Plasmazellen und stellen ein Übergangsstadium zu den fixen Bindegewebszellen dar; sie sind somit lokalen, histogenen Ursprungs.

Bei einer anderen Gruppe von Fällen hat man gefunden, daſs das Infiltrat in der Cutis hauptsächlich aus lymphocytenähnlichen Zellen besteht, es konnte aber bisher kein sicherer Beweis dafür erbracht werden, daſs diese Zellen wirklich aus dem Blut oder aus dem Gewebe selbst entstanden waren.

In allen Fällen hat man ferner eine beträchtliche Anzahl vollkommen ausgebildeter Plasmazellen gefunden, die entweder isoliert oder zu Gruppen vereinigt waren, auſserdem nicht seltene Mastzellen, einzelne acidophile (oder eosinophile) in wechselnder Anzahl, Riesenzellen, welche Unna mit den Megakariocyten verglichen hat und rundliche Körnchen von ungleicher Gestalt, mit basischen Stoffen färbbar und wahrscheinlich durch cytolytische Prozeſs entstanden.

Auf Grund dieser verschiedenen Befunde sind drei Theorien hinsichtlich der Pathogenese der Mykosis fungoides entstanden. Die eine, welche

---

[1] Bei dieser Gelegenheit erinnern wir daran, daſs Trousseau die Pseudoleukämie Lymphadenie nannte.

von RANVIER aufgestellt wurde und in Frankreich allgemeine Aufnahme gefunden hat, betrachtet die Affektion als eine Form der Lymphadenie; die zweite, hauptsächlich in Deutschland vertreten, faſst die Mykosis fungoides als eine Sarkomatose auf; die dritte leugnet jede Beziehung der Mykosis zur Sarkomatose und der Lymphadenie und behauptet, daſs die Krankheit eine unabhängige pathologische Spezies darstellt.

In den letzten Jahren hat AUDRY unter dem Namen Leukämiden gewisse Hauterscheinungen eines leukämischen Zustandes des Blutes und der blutbildenden Organe angegeben. Diese kann man, nach der Ansicht von PELAGATTI[2] mit der Mykosis vereinigen und mit jenen Läsionen identifizieren, welche das Prodromalstadium der Krankheit bilden (prämykosischen Läsionen).

Gleichzeitig mit der Vervollständigung der Kasuistik hat man die Beobachtung gemacht, daſs bei der Mykosis fungoides stets eine mehr oder weniger ausgesprochene Leukocytose vorkommt.

Das wirkliche Bestehen einer direkten Beziehung zwischen Veränderungen der blutbildenden Organe und der Mykosis fungoides ist aber erst durch die Parmesaner Schule unter PELAGATTI ins richtige Licht geführt worden.

Dieser letztere Autor hat nämlich das gleichzeitige Bestehen einer Mykosis fungoides und einer myelogenen Leukämie bei demselben Individuum beobachtet. Diese Tatsache hätte man zwar vom rein klinischen Standpunkte aus als einen Zufall auffassen können; sie gewann aber eine groſse Wichtigkeit und eine besondere Bedeutung durch die Autopsie eines Falles und die histologische Untersuchung der Organe, indem dabei konstatiert werden konnten: 1. degenerative Erscheinungen in allen Organen, 2. eine beträchtliche Milzvergröſserung, 3. ein Schwund und Ersatz des gelben Knochenmarkes durch ein rötlichgraues, von ziemlich fester, gallertartiger Konsistenz. Die histologische Untersuchung dieses Knochenmarkes ergab, daſs es aus einer dichten Ansammlung von Myelocyten verschiedener Gestalt bestand, von denen einige ein gekörntes neutrophiles, acido- oder basophiles, andere ein homogenes Protoplasma enthielten. Ferner fand PELAGATTI, daſs diese myelocytenartigen Elemente den gröſsten Teil der Infiltrationszellen der Haut bildeten, und zwar sowohl in den flachen Infiltraten als in den Tumoren. Andere Infiltrate mit solchen Zellen fanden sich in den Lymphdrüsen, in der Milz, in den Nieren und in der Leber. Gestützt auf diesen Befund glaubte PELAGATTI annehmen zu können, daſs in seinem Falle die Leukämie die primäre und die Mykosis fungoides die sekundäre Erscheinung bildete, daſs Elemente

[2] PELAGATTI. Mykosis fungoides und Leukämie. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1904. Bd. 39.

des Knochenmarkes auf metastatischem Wege nach der Haut und den inneren Organen durch den Blutstrom transportiert worden waren und die daraus gezogene Schlufsfolgerung war, dafs „die Mykosis fungoides nicht ein lokaler Hautprozefs sei, sondern eine allgemeine Krankheit mit primärem Sitze im Inneren des Organismus und mit sekundären Hauterscheinungen“.

Diese Theorie von Pelagatti wurde zwar nicht ohne weiteres allseitig angenommen, was die Beziehungen zwischen Mykosis fungoides und Leukämie anbelangt; sie hat aber viel dazu beigetragen, die bereits von anderen Autoren gehegte Ansicht zu verbreiten, dafs die Mykosis eine Affektion des ganzen Organismus sei, bei der die Hauterscheinungen ein Symptom darstellen, dem, gegenüber den ursächlichen Momenten, keine gröfsere Bedeutung zukommt als den Veränderungen, die sich in den inneren Organen einstellen können. Brandweiner[3] hatte die bereits bekannten Fälle einer genauen Untersuchung unterzogen und nachgewiesen, dafs man Metastasen von Elementen, die mit den in den Hautinfiltraten vorgefundenen identisch sind, in den Lungen, den Nieren, den Nebennieren, der Pleura, dem Peritoneum, im Epiploon, in den Magenwandungen, im Pankreas, im Knochenmark, in der Leber, der Milz, den Lymphdrüsen, der Harnblasenwand finden kann; in einem Falle eigener Beobachtung ferner hat er grofse Metastasen im Gehirn gefunden. Auch Brandweiner behauptet, dafs die Metastasen auf hämatogenem Wege zustande kommen, und dafs die Zellen, aus denen sich nach seinen Erfahrungen die Infiltrate zusammensetzen, nicht vom Bindegewebe der Cutis abstammen konnten; er wagt es aber nicht sich auszusprechen über die Natur und den Ursprung dieser Infiltrationszellen, „die sich hauptsächlich in der Umgebung der Blutgefäfse vorfanden, meist dick waren, zum Teil rundlich oder polyädrisch, infolge von allseitiger Kompression, sich deutlich von den Lymphocyten durch ihren gröfseren Protoplasmagehalt unterschieden und einen runden, ziemlich dicken und intensiv färbbaren Kern besafsen“.

Soweit reichen unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Mykosis fungoides. Daraus geht horvor, von welcher Wichtigkeit, zur Aufklärung der Pathogenese, das Studium der Natur und des Ursprungs jener Zellen sein mufs, welche die Metastasen und die Infiltrate in der Haut und den inneren Organen bilden.

Wie bereits angedeutet, war die Infiltration in einzelnen Fällen von lymphocytenähnlichen Zellen gebildet, so dafs man die Krankheit als eine

---

[3] Brandweiner, Zur Kenntnis der Mykosis fungoides. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1905. Bd. 41, Nr. 9.

Brandweiner, Ein Beitrag zur Histologie der Mykosis fungoides. *Dermatol. Zeitschr.* 1906. Heft 3.

Lymphodermie auffassen konnte. Im Falle von PELAGATTI bestand der Infiltrationsherd aus atypischen Myelocyten; dieselben Elemente waren in grofser Anzahl im Knochenmark vorhanden, das sich durchweg in funktionierendem Zustande befand; es war denn auch ganz rationell, die Hauterscheinungen von einer primären Alteration des blutbildenden Apparates abhängig zu machen. In den anderen Fällen bestanden Elemente, über deren Natur sich die Autoren vorsichtigerweise nicht auszusprechen wagten, da ihnen die nötigen Anhaltspunkte hierzu vollständig fehlten. Geht man aber die Fälle von UNNA bis BRANDWEINER durch, so kommen einem unwillkürlich die Myelocyten von PELAGATTI in den Sinn, wenn man diese runden oder polyädrischen Zellen mit homogenem Protoplasma und dickem, rundem, intensiv gefärbtem Kern untersucht. Wollte man sich nun aber von der wirklichen Identität dieser beiden Zellenarten vergewissern, so sollte man in den bisherigen Beobachtungen eine ausführliche Beschreibung des Zustandes der blutbildenden Organe finden; diese Beschreibung sollte sich aber nicht allein über das makroskopische Aussehen des Diaphysenmarkes erstrecken, was bereits in einigen Fällen geschehen ist, sondern auch auf seine histologische Struktur. Die Wiederkehr zur normalen Funktion des Markes ist nämlich auch dort ganz deutlich zu erkennen, wo das Mark bei seinem allgemein anämischen Zustande makroskopisch keine wesentlichen Veränderungen aufweist.

Diese günstigen Untersuchungsbedingungen waren auch in einem Falle von Mykosis fungoides zu konstatieren, den ich im Verlaufe dieses Jahres zu beobachten Gelegenheit hatte. Die recht interessanten Befunde bei demselben dürften geeignet sein, etwas Licht auf die Pathogenese der Affektion zu werfen. Bei der Beschreibung desselben hebe ich hauptsächlich die Resultate der histologischen Untersuchung hervor.

Krankengeschichte. 12. Januar 1907.

Es handelt sich um einen 78jährigen Mann von Niguarda, Provinz Mailand. Vor dem 76. Jahre hatte derselbe niemals an irgendwelcher Krankheit gelitten, abgesehen von Malaria, die in dieser Gegend verbreitet ist. Seine beiden Söhne sind gesund und kräftig. In jenem Alter von 76 Jahren begann er abzumagern, während sich gleichzeitig auf der Haut, diffus über den Körper verbreitet, rote Flecke zeigten. Die meisten derselben hatten ihren Sitz auf dem Rumpfe. Das durch diese Plaques erzeugte Jucken wurde immer intensiver. Nach zirka anderthalb Jahren und nachdem die Krankheit eine kurze Remission erfahren hatte, die Abmagerung sich aber immer mehr bemerkbar machte, erschienen an der Stelle der roten Plaques flache Infiltrationszonen von rötlichgelber Farbe, mit leicht ekzematöser Oberfläche und intensives Jucken veranlassend. Im Januar sodann traten Tumoren auf, sieben an der Zahl und auf dem linken Arme, der Brust und dem Rücken gelegen. Gestalt und Gröfse

ungefähr der eines halben Hühnereies gleich; die Farbe rötlich-violett, die Konsistenz nicht sehr fest elastisch, die Epidermis leicht ekzematös. Gleichzeitig verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Patienten so sehr, dafs er sich ins Spital aufnehmen lassen mufste. Bei seiner Aufnahme wurde erkannt, dafs er an Mykosis fungoides litt.

Status am 12. Januar 1907: Die Milz beträchtlich vergröfsert überragt um 4 cm den Rippenbogen. In der rechten Achselhöhle waren die Lymphdrüsen leicht vergröfsert. Herztöne schwach. Starker Katarrh der kleinen und mittleren Luftwege.

Urin: Tägliches Quantum 1350 ccm; Farbe dunkelgelb. Spezialgewicht 1017. Albumin ½‰; kein Zucker; Spuren von Indikan; Harnstoff 15,4‰; Harnsäure 0,66‰.

Blut: Hämoglobin FLEICH 65; rote Blutkörperchen nach THOMA-ZEISS 2504000, weifse Klutkörperchen (THOMA ZEISS) 87000; Verhältnis der weifsen zu den roten Blutkörperchen 1 : 29.

Das Blut war sehr reich an Blutplättchen besonders in den GIEMSA-Präparaten. In diesen letzteren Präparaten habe ich auch nach parasitären Formen gesucht, stets aber mit negativem Resultate. Das Verhältnis der Leukocyten war folgendes:

Grofse einkernige Leukocyten	28970
Lymphocyten	2780
Übergangsformen	9550
Acidophile mehrkernige	960
Basophile mehrkernige	2800
Neutrophile mehrkernige	41940.

Im vorliegenden Falle bestanden zwar beträchtliche Veränderungen in der Blutbeschaffenheit, es war ferner ein Milztumor vorhanden, eine ausgesprochene Poikilocytose fehlte, die Normoblasten waren spärlich vertreten. Trotzdem aber konnte ich in Übereinstimmung mit den Professoren FOA und MONTI, welche die Präparate untersuchten, doch nicht das Vorhandensein einer wahren Leukämie annehmen. Die genannten Herren rieten mir, mich an die Diagnose einer einfachen, aber beträchtlichen Leukocytose zu halten.

Am 22. Januar exstirpierte ich aus einem flachen Infiltrate des rechten Armes ein Hautstück, indem ich dabei bis auf die oberflächliche Aponeurose eindrang. Dieses Stück wurde in zwei Teile geteilt, das eine in FOAscher Flüssigkeit (Sublimat 2,0, Kalium-Bichromat 2,50, Natronsulfat 1,0, Aqua dest. 100), das andere in absolutem Alkohol fixiert. Die nachträglich nach der Methode von PAPPENHEIM gefärbten Präparate, die in FOAscher Flüssigkeit fixiert worden waren, ergaben die schönsten Resultate sowohl was die vorzügliche Erhaltung der histologischen Elemente anbelangt, als die Beziehungen der verschiedenen Gewebsteile untereinander.

Histologischer Befund.

Der pathologische Prozeſs erstreckt sich über alle Hautschichten, von der Epidermis bis zum Unterhautzellgewebe. Die Epidermis ist etwas verdickt, die Zwischenräume zwischen den Stachelzellen sind erweitert mit zahlreichen Einwanderungen von Infiltrationselementen aus der Cutis.

Die Elemente, welche die Infiltrationsmasse in der Cutis und im Unterhautzellgewebe bilden, sind in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit folgende: 1. Groſse mononukleäre Zellen mit reichlichem Protoplasma und rundem Kerne, der, in der Mitte der Zelle gelegen, ungefähr ein Drittel der letzteren einnimmt und intensiv gefärbt ist. In den meisten dieser Zellen ist das Protoplasma homogen amphophil, in manchen anderen dagegen körnig acidophil, in wenigen basophil oder neutrophil, ebenfalls gekörnt. 2. Hypertrophierte Bindegewebszellen mit groſsem, ovalem, wenig gefärbtem Kerne. 3. Gekörnte, mehrkernige Elemente mit basophilem, neutrophilem oder acidophilem Protoplasma. 4. Lymphocyten. 5. Unnasche Plasmazellen. 6. Riesenzellen. 7. Erythrocyten.

Alle diese Zellen finden sich in wechselnden Verhältnissen in der dicken epidermo-hypodermalen Infiltrationszone zerstreut. Im Papillarkörper konstatiert man eine beträchtliche Erweiterung der Blutgefäſse, ausgesprochenes Ödem und Auflockerung des Bindegewebes zu einem dünnen Netze, in welchem aus den Gefäſsen getretene rote Blutkörperchen zerstreut liegen, einzelne mehrkernige Leukocyten, wenige hypertrophierte Bindegewebszellen mit groſsem ovalen, wenig färbbarem Kerne, sehr spärliche Plasmazellen und zahlreiche einkernige Leukocyten mit homogenem Protoplasma.

Das retikuläre Derma ist vollständig besetzt von einem sehr kompakten zelligen Infiltrate, welches die Dicke der Schicht bedeutend vermehrt hat. Die Bindegewebsbündel sind aufgelockert und bilden ein fibrilläres Netz, in welchem die obenerwähnten Elemente verteilt sind. Unter diesen letzteren herrschen, besonders in der Nähe der Gefäſse, die einkernigen Zellen mit homogenem und die mit gekörntem acidophilen Protoplasma vor. Die Plasmazellen sind ziemlich spärlich vertreten, sehr spärlich die Lymphocyten. Auſserdem findet man einige sehr groſse Elemente mit fünf oder sechs Kernen, welche der Peripherie der Zelle anliegen, aussehend wie Riesenzellen; andere wenig zahlreich vertretene Zellen haben einen enormen gelappten Kern, reichliches homogenes Protoplasma und sehen in ihrer Gesamtheit aus wie Megakariocyten. Ziemlich zahlreich sind die Mitosen in den groſsen einkernigen Zellen mit homogenem Protoplasma. Mitten im Infiltrate findet man ab und zu einige Knäueldrüsenkanäle.

Im Unterhautzellgewebe ist die Infiltration auf Herde in der Um-

gebung der Gefäſse beschränkt, besonders in der Nachbarschaft des reichen Netzes, welches die Knäueldrüsenpakete umgibt. Diese Herde bestehen fast ausschlieſslich aus mononukleären Leukocyten mit homogenem Protoplasma; zahlreich vertreten sind auch die mononukleären mit granulösem acidophilem Protoplasma; Plasmazellen sind seltene Erscheinungen, sehr spärlich die Lymphocyten und polynukleären, gekörnten Zellen.

* * *

Die anatomo-pathologischen Veränderungen, die ich in meinem Falle angetroffen habe, stimmen mit den von Pelagatti beschriebenen überein; durch geeignete Vergleichungen von Präparaten konnte ich mich auch von der Identität der Hautveränderungen in den beiden Fällen überzeugen. Dies hat denn auch in mir die Vermutung wachgerufen, daſs auch bei meinem Patienten ein myelogener Ursprung der Zellen in den Hautinfiltraten angenommen werden müsse, und daſs die Metastasen auf dem Blutwege verschleppt werden, und zwar um so mehr, als mir die hämatologische Untersuchung den Beweis geliefert hatte, daſs diese Elemente in groſser Anzahl im Blute zirkulierten.

Trotz der Identität des anatomo-pathologischen Prozesses bestehen aber zwischen den beiden Fällen nicht zu übersehende Unterschiede. Im Falle von Pelagatti bestand nämlich eine unzweifelhafte myelogene Leukämie, auf welche die Veränderungen des Knochenmarkes zurückgeführt werden müssen und, wie der Autor behauptet, auch die Mykosis fungoides. In meinem Falle dagegen fehlten einzelne Anhaltspunkte zur Stellung einer Diagnose von Leukämie und zur Annahme einer bestimmten Veränderung des blutbildenden Systems.

Daſs aber Veränderungen des Knochenmarkes auch in meinem Falle vorhanden waren und daſs diese von dem Hautprozesse abhängig waren, geht aus meinen ferneren Untersuchungsresultaten hervor.

Der Patient wurde im Februar radioskopisch untersucht. Die 13 in Zwischenräumen von vier bis fünf Tagen unternommenen Sitzungen dauerten je 10—15 Minuten, bei Anwendung von Röhren mittlerer Länge und Strömen von 70 Volts und drei Ampères und einer Entfernung von 10—15 cm. Diese Untersuchung der Milz und der langen Röhrenknochen verfolgte den doppelten Zweck, sowohl eventuell eine Veränderung in den blutbildenden Organen herbeizuführen als zu untersuchen, inwieweit die Radiotherapie die Dermatose beeinflussen würde. Diese Behandlung wurde denn auch, was die unmittelbare Wirkung anbelangt, von einem glänzenden Erfolge gekrönt. Gleich nach den ersten drei oder vier Sitzungen bemerkte man eine Verkleinerung der Milz, ein Schrumpfen der Hauttumoren und eine Abnahme der Infiltrate. Die Volumverminderung der Milz und die Regression der Dermatose dauerten dann noch während etwa

zwei Monaten an. Nach diesem Zeitraume war die Milz auf ihre normalen Dimensionen zurückgetreten, die Hautinfiltrate waren vollständig verschwunden, weshalb am Ende des Monats März die Radiotherapie unterbrochen wurde.

Eine Blutuntersuchung zu jener Zeit ergab folgende Resultate: Hämoglobin FLEICH 70 rote Blutkörperchen 3670000; weifse 22000; Verhältnis zwischen roten und weifsen Blutkörperchen 1 : 162. Die Blutplättchen waren immer noch sehr zahlreich, ebenso bestand eine leichte Poikilocytose; Normoblasten fehlten.

Die Verhältnisse der Leukocyten waren folgende:

Grofse einkernige Leukocyten	2850
Lymphocyten	1780
Übergangsformen	1500
Acidophile polynukleäre	380
Basophile polynukleäre	190
Neutrophile polynukleäre	15300.

Trotzdem aber die Milz auf ihre normalen Grenzen zurückgekehrt, die Dermatose verschwunden war und die Blutbeschaffenheit sich gebessert hatten, verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Patienten immer mehr. Ferner zeigten sich auf der Haut, an den Stellen, welche schon früher der Sitz der Veränderungen gewesen waren, breite Zonen mit Rötung der Haut und Jucken und von neuem bildeten sich Infiltrate. Dies war die Lage der Dinge, als der Patient, nach einer plötzlichen Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, am 2. Mai 1907 starb.

Die Vornahme einer vollständigen Sektion der Leiche wurde von der Familie verweigert und nur mit Mühe gelang es mir die Bewilligung zu einer Untersuchung der Milz und des Knochenmarkes zu erhalten. Die erstere war etwa um das Doppelte vergröfsert, auf dem Schnitte erwies sie sich als induriert, von dunkelroter Farbe bis auf etwa 2 cm von der Peripherie, von weicher Konsistenz und hefefarbig in den übrigen Teilen. Das Knochenmark hatte eine diffuse grauliche Farbe und war von dünnen, lebhaftroten Blutstreifen durchzogen.

Die den beiden Organen entnommenen Stücke wurden in FOAscher Flüssigkeit und in absolutem Alkohol fixiert. Gleichzeitig exstirpierte und fixierte ich in denselben Lösungen auch noch ein Stück Haut, wo die Dermatose bereits vor der Applikation der Radiotherapie bestanden hatte, dann durch diese letztere zum Verschwinden gebracht worden war und schliefslich beim Tode des Patienten wieder sich auszubilden im Begriffe war. Einzelne Stücke aus der Milz und aus dem Knochenmarke wurden in 10%ige Formalinlösung und in 95%igen Alkohol gelegt; sodann wurden diese Stücke nach der Methode von VOLPINO und BERTARELLI und von LEVADITI mit Silber imprägniert. Es war mir nun nicht möglich

nach diesen sowie nach der Methode von Giemsa im Blute parasitäre Formen nachzuweisen, obschon gewifs die Silberreaktion hätte eintreten sollen nach den aufserordentlich hübschen Spirochätepräparaten, die ich aus einer syphilitischen Leber erhielt, welche ich zum Vergleiche mit der gleichen Flüssigkeit behandelt hatte.

Die Untersuchung der in Foas Flüssigkeit und in Alkohol fixierten Stücke ergab folgendes Resultat.

Histologisch erscheint das Knochenmark als normal funktionierendes Gewebe. Es besteht aus einem dichten Gemenge von einkernigen Zellen von verschiedenem Aussehen. Meist haben diese Zellen einen dicken, blasenförmigen Kern, der scharf begrenzt ist, bald vollständig rund, bald etwas unförmig, mit reichlichem homogenem Protoplasma, das eine amphophile Farbenreaktion zeigt. Andere Zellen unterscheiden sich von den eben beschriebenen nur durch das Aussehen des Kernes, der kleiner ist, rund und sich mit basischen Farbstoffen intensiv und gleichmäfsig färben läfst. Neben diesen einkernigen Zellen kommen noch andere vor mit fein gekörntem Protoplasma; unter diesen Zellen sind solche mit acidophilen Granulationen sehr häufig, seltener solche mit basophilen und neutrophilen Granulationen. Weiter finden sich mehrkernige Leukocyten, spärliche voluminöse Zellen mit höckerigem Kerne und homogenem Protoplasma, die man wohl als Megakariocyten auffassen mufs. Endlich kommen noch kleine Zellen vor mit dickem, intensiv gefärbtem Kerne und spärlichem Protoplasma vor, die als kleine Lymphocyten anzusehen sind. Zwischen allen diesen Elementen zerstreut findet man zahlreiche rote Blutkörperchen, von denen nur wenige einen Kern haben.

In dem aus der Haut exzidierten Stücke sind die Veränderungen noch wichtigerer Art. Hier ist offenbar ein Teil der Veränderungen auf den pathologischen Prozefs zurückzuführen, welcher früher bestand und unter dem Einflusse der Radiotherapie zum Rücktritte gebracht wurde; ein anderer Teil zeigt, wie sich der Prozefs von neuem zu entwickeln beginnt. Als Überbleibsel des pathologischen Prozesses vor der Anwendung der Röntgentherapie besteht eine Verdickung des Bindegewebes mit bedeutender Vermehrung der Kerne und einer grofsen Anzahl von Kapillaren, die in verschiedener Richtung das retikuläre Derma und das Unterhautzellgewebe durchziehen. Aufserdem findet man, besonders in der Umgebung der Gefäfse mittleren Kalibers, kleinere Herde von Plasmazellen und zwischen diesen Lymphoocyten. Vollständig verschwunden sind dagegen die breiten Zonen und die Herde von dicken einkernigen Zellen, welche in dem vollständig ausgebildeten mykotischen Prozesse den gröfsten Teil der Infiltrationselemente bilden.

Von großer Wichtigkeit ist, wenigstens nach meiner Ansicht, folgende Tatsache, die ich in den Präparaten konstatiert habe, welche sich auf den rezidivierenden Prozeß beziehen. Mitten unter den Blutkapillaren, welche kein oder nur wenig Blut enthalten, findet man welche, die im Gegenteil erweitert und mit Blut angefüllt sind und zwischen den roten Blutkörperchen zahlreiche Leukocyten enthalten. Von diesen letzteren besteht ein Drittel aus mehrkernigen Elementen, die beiden anderen Drittel aus runden Zellen, etwas größer als die mehrkernigen, mit amphophilem, homogenem Protoplasma und einer gewissen Vorliebe zu sauren Farbstoffen, mit rundem Kerne, der mitten in der Zelle oder auch etwas exzentrisch gelegen ist. Der Kern färbt sich intensiv und beinahe gleichmäßig mit basischen Farbstoffen und füllt ein Drittel oder etwas mehr des Zellkörpers aus (Fig. 1 und 2). In einzelnen Gefäßen erreicht die Erweiterung beträchtliche Masse und an diesen Stellen kann man bis 20 oder 30 jener einkernigen Elemente sehen; nicht selten führen sie sogar zu einem totalen Verschluß des Gefäßes durch Bildung eines Thrombus (Fig. 3). In unmittelbarer Nähe der Blutgefäße findet man ab und zu jene Elemente im Bindegewebe zerstreut, sei es nun isoliert oder in Gruppen; untersucht man einzelne Schnitte besonders genau, so sieht man, wie einzelne von ihnen gerade im Begriffe sind durch die Gefäßwandung hindurch ins umgebende Gewebe auszuwandern (Fig. 1 und 2).



Fig. 1.

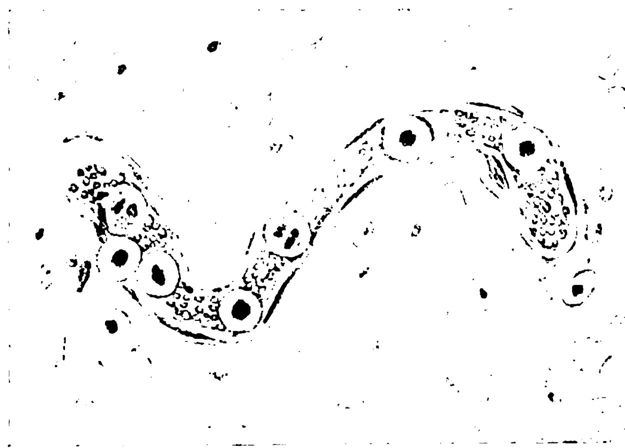


Fig. 2.

Die Milz zeigt vielseitige Veränderungen, die man, wie mir Prof. Foa versicherte, auf den Einfluß der Radiotherapie zurückführen muß. Ich übergehe dieselben hier und beschränke mich darauf, zu bemerken, daß auch in der Milzpulpa zahlreiche Herde von großen einkernigen Zellen lagen, ähnlich den soeben im Knochenmark und in der Haut beschriebenen.

* * *

Wie wir bereits gesehen, beziehen sich meine Untersuchungen auf einen und denselben Fall, aber in verschiedenen Perioden der Krankheit. In der einen dieser Perioden war die Affektion vollständig ausgebildet, in der anderen war sie in einer neuen Entwicklungsstufe begriffen, nachdem sie einer besonderen Behandlung gewichen war. In der ersten bestand eine bedeutende Infiltration, die sich beinahe vollständig aus einkernigen Zellen zusammensetzte, welche denen sehr ähnlich waren, die in großer Menge im Blute zirkulierten, deren Abkunft in der Haut sich aber nicht mit Sicherheit feststellen ließ wegen der bedeutenden Störungen, die das Infiltrat in den verschiedenen Abschnitten derselben hervorgerufen hatte. In der zweiten Periode war diese dichte Infiltration vollständig verschwunden infolge der eingeleiteten Behandlung; man konstatierte eine neue Infiltration, die sich aus demselben Typus von einkernigen Leukocyten aufbaute. Der Prozeß war also in dieser Periode in seinem Beginne und die Cutis, was ihre cytologischen Verhältnisse anbelangt, wenig verändert. Aus der Untersuchung der mikroskopischen Präparate geht denn auch hervor, daß die einkernigen Zellen der Infiltrate bereits im Blute enthalten waren, und daß sie durch Vermittlung des Blutstromes durch die Gefäßwandungen hindurch in das umliegende Bindegewebe gelangen. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß diese Auswanderung sehr langsam vor sich geht, nach dem Umstande zu schließen, daß ich, um ganz unzweifelhafte Bilder zu finden, eine ganze Anzahl von Präparaten aufs sorgfältigste untersuchte. Dies ließ sich auch bei einem Infiltrationsprozesse, welcher Wochen und Monate zu seiner Ausbildung braucht, nicht anders erwarten; nach meiner Ansicht unterscheidet sich dieser Infiltrationsprozeß von den gewöhnlichen Infiltrationen, wo die mehrkernigen Leukocyten vorherrschen und wo man Wanderungen leicht und häufig beobachtet, infolge des kurzen Zeitraumes, welchen das Infiltrat zu seiner Ausbildung braucht.

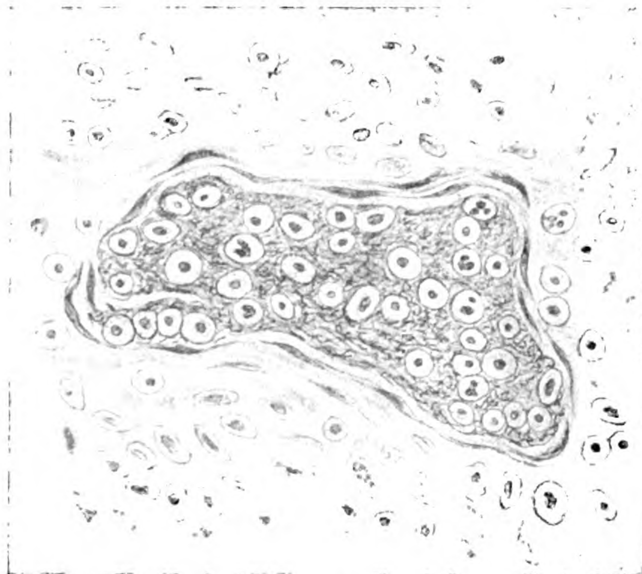


Fig. 3.

Eine enge Verwandtschaft zwischen den Blutveränderungen und den Veränderungen in den Infiltraten ließ sich schon aus dem Verlaufe der

Krankheit unter der Wirkung der Radiotherapie ableiten. Die Besserung der Dermatose koinzidierte mit derjenigen der Blutverhältnisse und mit einer Abnahme der Leukocyten im allgemeinen, der grofsen einkernigen Zellen im besonderen. Eine viel wichtigere Tatsache aber zur Bestimmung des Ursprungs der einkernigen Zellen, welche das Grundelement der Hautinfiltrate bildeten, hat die Untersuchung der blutbildenden Organe ergeben, besonders aber diejenige des Knochenmarkes. Dieses letztere hatte seine normale Funktion wieder erlangt und bestand vorzugsweise aus einkernigen Elementen ähnlich denen, die im Blute zirkulieren und das gröfste Kontingent für den Bau der Hautinfiltrate lieferten. Da nun diese Elemente das Aussehen von Markzellen angenommen hatten, scheint es mir wahrscheinlich, dafs dieselben aus dem Marke hervorgegangen, in den Blutkreislauf übergetreten und durch Vermittlung des letzteren in die Haut verschwemmt worden seien, wo sie sich abgelagert und einen reaktiven Prozefs hervorgerufen haben, der schliefslich zu einem reichlichen dermo-hypodermalen Infiltrate geführt hat.

Indem wir uns auf diese Weise den Hergang bei der Wiederbildung der Hautläsionen rekonstruieren, halte ich es für ganz angebracht, die Natur dieser einkernigen Zellen zu bestimmen und ausfindig zu machen, welchem Abschnitte des blutbildenden Systems sie zugehören.

Bekanntlich besteht nach EHRLICH und seiner Schule[4] das blutbildende System aus zwei Apparaten, die vom topographischen, histologischen und funktionellen Standpunkte aus scharf auseinander zu halten sind. Der eine ist das rote Knochenmark, das sich durch sein myeloides Gewebe auszeichnet, welches die Quelle der roten Blutkörperchen und der polynukleären Leukocyten ist. Der andere setzt sich zusammen aus den lymphatischen Organen (Lymphdrüsen, Milz usw.) mit einem lymphatischen Gewebe, aus dem die einkernigen Zellen oder nicht granulösen Leukocyten hervorgehen.

Dieser dualistischen Auffassung entsprechend unterscheidet EHRLICH folgende Arten von weifsen Blutkörperchen: Lymphocyten, grofse einkernige und Übergangsleukocyten, mehrkernige Leukocyten.

Die Übergangsformen sollten von den einkernigen Leukocyten abstammen und würden eine jüngere Stufe der mehrkernigen Leukocyten darstellen. Dieser EHRLICHschen Theorie stehen aber eine ganze Anzahl von anderen gegenüber und kann sie deshalb heutzutage nicht mehr als absolute Wahrheit gelten.

---

[4] EHRLICH-LAZARUS, Die Anämie, in *Nothnagels Pathologie und Therapie.* 1898. Bd. VIII, 1. Teil, S. 56 seq.

Unter den gelinderen Gegnern EHRLICHS befindet sich BANTI.[5] Dieser Autor nimmt die Grundidee einer scharfen Trennung zwischen lymphogener und myelogener Serie an, ist auch der Ansicht, daſs die Übergangsformen von einkernigen Elementen abstammen, glaubt aber nicht, daſs sie ein Vorstadium der mehrkernigen Leukocyten repräsentieren. Nach BANTI ist das hauptsächlichste Unterscheidungsmerkmal der myelogenen Serie eine groſse hyaline einkernige Zelle, welche berufen ist, drei Arten von Elementen zu erzeugen: I. Die Megakariocyten und die epitheloiden Markzellen, die im Marke bleiben. 2. Die groſsen einkernigen Zellen, welche als solche ins Blut übergehen oder sich in Übergangsformen der Leukocyten umwandeln. 3. Die Miclocyten, groſse einkernige Zellen, die neutrophile, acidophile und basophile Granulationen enthalten und die mehrkernigen Granulocyten erzeugen.

Ohne uns in weitläufige Diskussionen einzulassen, zum Zwecke, festzustellen, zu welcher dieser von EHRLICH oder von BANTI aufgestellten Formen die einkernigen Zellen in unserem Falle gehören, erscheint es mir als über allen Zweifel erhaben, daſs man sie als einkernige Zellen medullären Ursprungs auffassen muſs, die keine genetische Beziehung zu den Lymphocyten haben.

Schon vor langer Zeit ist aber die dualistische Theorie angefochten worden und zwar besonders durch USKOFF[6] und PAPPENHEIM.[7] Diese Autoren haben Theorien aufgestellt, welche zwar in verschiedener Hinsicht voneinander abweichen, jedoch hauptsächlich in dem Punkte übereinstimmen, daſs die weiſsen Blutkörperchen alle denselben Ursprung haben sollen; ihre verschiedene Gestalt würden nur verschiedene Entwicklungsperioden eines und desselben Elementes darstellen. Dieses letztere würde nach USKOFF im kleinen Lymphocyten, nach PAPPENHEIM im groſsen Lymphocyten oder Hämatogonium zu suchen sein. Neuerdings hat bekanntlich DOMINICI[8] auf Grund einer langen Serie von anatomischen Untersuchungen nachgewiesen, daſs die dualistische Theorie von EHRLICH sich zwar sehr wohl auf das blutbildende System der erwachsenen Säugetiere und auf normale Zustände anwenden läſst, daſs sie aber keineswegs der Richtigkeit entspricht, wenn das fötale blutbildende System in Frage kommt und es sich um den Reaktionszustand in den verschiedenen

---

[5] BANTI, Sull' ufficio degli Organi linfopoietici ed emopoeitici nella genesi dei globuli bianchi del sangue. *Arch. di fisiolog.* 1904. Bd. 2, S. 240.

[6] USKOFF, Siehe in LANDAU: Der gegenwärtige Zustand unserer Kenntnisse über die Morphologie und Genese der weiſsen Blutkörperchen. Leipzig 1906, S. 556.

[7] PAPPENHEIM, *Virchows Arch.* 1894. Bd. 165 und *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*

[8] DOMINICI, Sur le plan de structure du système hématopoiétique des mamifères. Archives générales de Médecine 13, mars 1906.

physiologischen oder pathologischen Verhältnissen handelt, durch welche ersterer in Tätigkeit versetzt wird.

Dominici hat die Beobachtung gemacht, daſs in der fötalen Periode im Knochenmarke ein lymphoides und in den lymphatischen Organen ein myeloides Gewebe vorhanden ist. Indem er dann die weitere Entwicklung dieser Gewebe ihrer vollständigen Ausbildung entgegen verfolgte, fand er, daſs, während das myeloide Gewebe der lymphatischen Organe verschwindet, das lymphoide des Knochenmarkes eine stufenweise Umwandlung erfährt und sich zu Myelocyten umbildet. Bei dieser Umwandlung nimmt das Protoplasma der lymphatischen Elemente zu und diese letztere erhalten das Aussehen von basophilen, einkernigen, homogenen Zellen. Im Verlaufe ihrer weiteren Entwicklung verwandeln sie sich dann in granulöse Myelocyten, Megakariocyten und kernhaltige rote Blutkörperchen.

Erweisen sich diese Behauptungen von Dominici als richtig, so sind wir zur Schluſsfolgerung berechtigt, daſs man das lymphoide Gewebe als ein Aggregat von runden Zellen betrachten muſs, welche befähigt sind, sich nicht nur in einkernige, sondern auch in myelogene Elemente umzuwandeln und würde dann weiter der Beweis dafür erbracht sein, daſs das blutbildende System ursprünglich eine einheitliche Beschaffenheit hat.

Im ausgebildeten Zustande sind das myelogene und lymphoide Gewebe durch histologische, topographische und funktionelle Merkmale wohl unterschieden. Es braucht aber blos eines geringfügigen Umstandes, welcher die Hämatopoiese anfacht und das Mark kehrt zu seinem fötalen Zustande zurück um die myeloide Entwicklung des limphoiden Gewebes wieder von vorn anzufangen. Die myelogene Reaktion kommt auf zwei Wegen zustande: durch übermäſsige Bildung von bereits differenzierten einkernigen Elementen und durch Zurückkehren des lymphatischen Gewebes zu seinem myeloiden Zustande; dieses letztere wandelt sich in der Weise um, daſs sich vollkommen entwickelte oder larvierte Elemente bilden; dann wendet es sich den noch nicht besetzten Teilen des Skelettes zu (Diaphysen der Röhrenknochen). Das Vorkommen von myeloidem Gewebe in diesen Teilen des Organismus im reifen Alter bildet aber eine anormale Reaktion. ein Zurückkehren zum fötalen Zustande und, wie Dominici behauptet, ein Neuaufleben des embryonalen lymphatischen Gewebes. Unter dem Einflusse eines pathologischen Reizes ist jedoch öfters die myeloide Umwandlung eine unvollständige: so kann die Bildung gewisser myelocytärer Produkte ausfallen, meist aber konstatiert man eine unvollkommene Entwicklung anderer Formen, die das Larvenstadium nicht überschreiten.

Indem wir uns an diese modernen Lehren von Uskoff und Pappenheim, sowie an die wohl dokumentierten Beobachtungen von Dominici halten, dürfen wir sehr wohl die in der Femurdiaphyse in meinem Falle

konstatierten Veränderungen als myeloides Gewebe betrachten, das sich noch nicht vollständig entwickelt hat und aus den lymphatischen Zellen hervorgegangen ist.

In der Tat sind auch die differenzierten Myelocyten (acidophile, neutrophile und basophile) seltene Erscheinungen, spärlich sind die Megakariocyten vertreten, äufserst selten die Normoblasten; dagegen findet man sehr reichliche andere Elemente mit ziemlich kleinem, rundem Kerne und reichlichem amphophilem Protoplasma. Diese letzteren Elemente teilen mit den Lymphocyten einzelne Merkmale, zum Beispiel das Fehlen von Protoplasmagranulationen, die runde Form des Kernes sowie andere Eigenschaften der Myelocyten, wie das reichliche Protoplasma und die verhältnismäfsig kleinen Kerndimensionen. Es ist demnach wahrscheinlich, dafs diese Zellen ursprünglich von Lymphocyten abstammen, welche eine unvollständige, atypische Umwandlung in myelocytäre Elemente durchgemacht haben. Was die Morphologie dieser Gebilde anbelangt, so müssen sie als atypische Myelocyten betrachtet werden, vom Gesichtspunkte der Abstammung aus dagegen als lymphocytenartige Zellen. In der vorliegenden Abhandlung habe ich sie deshalb kurzweg einkernige Zellen genannt.

Welches auch die pathogenen Bedingungen gewesen sein mögen, die blutbildenden Organe zu einer neuen Tätigkeit angeregt haben und zur Bildung von atypischen Elementen, läfst sich zurzeit nicht sagen. Die Untersuchung mittels der Lösung von Giemsa in frischen Präparaten, sowie die Silberimprägnierung der Gewebe ergab ein vollständig negatives Resultat bezüglich des Vorhandenseins von parasitären Formen. Auch habe ich beim Patienten nie irgend welche deutliche Abweichung im organischen Metabolismus konstatiert, die mir erlaubt hätte auf eine Veränderung in der Blutbeschaffenheit zu schliefsen.

Dennoch ist es zweifellos, dafs die Veränderungen des blutbildenden Systems nur sekundäre Erscheinungen einer krankhaften erregenden Bedingung sind, welche höchstwahrscheinlich das spezifische ätiologische Moment der Krankheit bildet. Auf dieselbe Ursache wird man auch wahrscheinlich das atypische Aussehen der neugebildeten Elemente zurückführen müssen.

* * *

Die oben beschriebenen Tatsachen machen mich geneigt, die bereits allgemein angenommene Ansicht als die richtige zu betrachten, nämlich, dafs die Mykosis fungoides eine allgemeine Krankheit sei mit Hauterscheinungen; dafs man aber ihren spezifischen Erreger nicht kennt und dafs die Affektion mit einer primären Störung des blutbildenden Systems im Zusammenhange steht.

Den pathogenetischen Mechanismus bei der Krankheit stelle ich mir folgendermaſsen vor: Auf eine primäre Veränderung des blutbildenden Apparates folgt eine Veränderung in der Blutbeschaffenheit; diese gibt sich zu erkennen in einer Leukocytose, bei welcher die groſsen einkernigen Zellen vorherschen, welche ich als atypische Myelocyten in bezug auf die Morphologie und als Lymphocyten in Anbetracht der Abstammung betrachte. Diese groſsen einkernigen Zellen gelangen mit dem Blute in den Kreislauf, erreichen die Haut und treten dort durch die Gefäſswandungen hindurch in groſser Menge in das umliegende Gewebe hinein. Auf diese Weise kommt es langsam zur Bildung eines dermo-hypodermalen Infiltrates, welches in der Folge noch zunimmt durch Proliferation an Ort und Stelle jener Zellen und infolge von Reaktionserscheinungen, die in den Geweben zum Abschlusse kommen.

Mein Fall bildet sonach einen neuen Beitrag und eine Stütze zu der von Pelagatti aufgestellten Theorie der Mykosis fungoides. Zahlreiche andere Fälle, die in neuerer Zeit veröffentlicht worden sind, können im gleichen Sinne verwendet werden; es handelt sich nämlich um Patienten mit Metastasen in den verschiedenen Organen, welche Metastasen aus Zellen bestanden, identisch den im Hautinfiltrate gefundenen, die aber sicher nicht in der Haut selbst entstanden waren, soviel aus ihren morphologischen Eigenschaften geschlossen werden konnte.

Selbst aus der neuesten Literatur lieſs sich nichts schöpfen, das uns hätte Aufschluſs geben können über die Natur der primären Veränderungen des blutbildenden Apparates, welche mit der Mykosis fungoides in Beziehung stehen.

Pelagatti hat gefunden, daſs in seinem Falle gleichzeitig eine myelogene Leukämie bestand, welcher Befund jedoch bis zum heutigen Tage in der Literatur vereinzelt geblieben ist. Andererseits sind die Fälle von myelogener Leukämie ohne Mykosis fungoides viel zu häufig, als daſs man zwischen diesen beiden Krankheiten ein sicheres und konstantes Bindeglied ausfindig machen könnte.

Philippson, Paltauf, Köbner, Hutchinson haben über gleichzeitiges Vorkommen von Mykosis fungoides und Pseudoleukämie berichtet. Fabre, Blanc, van Hoorn, Lukasiewich, Crull, Max Joseph, Gaston und Saboureau, Sachs, Krasnoglasow haben bei Fällen von Mykosis fungoides das Bestehen von Leukocytose konstatiert und einige unter ihnen haben auſserdem nachweisen können, daſs die Intensität der Leukocytose parallel mit den Variationen in der Schwere der Hautaffektion einherschritt. In manchen anderen Fällen hat man die Blutuntersuchung unterlassen oder nur unvollständig ausgeführt. In einigen anderen ferner scheint das Resultat ein negatives gewesen zu sein.

Aus dem oben gesagten geht somit hervor, daſs das blutbildende

System am häufigsten betroffen ist und dafs die Leukocytose das häufigste Symptom ist.

Inzwischen und bis wir über weitere und vollständigere Beobachtungen verfügen, mufs man diesem Symptome den Wert beimessen, der ihm zukommt und annehmen, dafs bei der Mykosis fungoides nicht nur Veränderungen der blutbildenden Organe bestehen, sondern auch, dafs diese Veränderungen klinisch als eine Leukocytose in die Erscheinung treten.

Was nun das Hautinfiltrat anbelangt, so läfst sich dasselbe auf zwei Grundtypen zurückführen, wenn wir uns auf das gesamte kasuistische Material stützen und von den banalen Reaktionserscheinungen der Haut absehen wollen. Der eine dieser Typen wird durch die Lymphocyten mit ihren gewöhnlichen Eigenschaften repräsentiert, der zweite durch jene Zellen, welche nach der beinahe identischen Beschreibung der verschiedenen Autoren, sich vorherrschend in der Nähe der Gefäfse ansammeln, ziemlich grofs sind, zum Teil rund, zum Teil polyädrisch infolge der allseitigen Kompression, sich deutlich von den Lymphocyten unterscheiden durch das reichliche Protoplasma und einen runden intensiv gefärbten Kern besitzen. Nun stimmen die von PELAGATTI und von mir beschriebenen einkernigen Zellen so genau mit dieser Beschreibung überein, dafs ich sehr geneigt bin, sie mit den Elementen dieses zweiten Typus zu identifizieren. Höchstwahrscheinlich wäre die Ansicht über die hämatogene Abstammung der Mykosis fungoides bereits vor den Untersuchungen PELAGATTIS und mir geäufsert worden, wenn mit dem histologischen Studium der Hautveränderungen dasjenige der Blutbeschaffenheit und der blutbildenden Organe Hand in Hand gegangen wäre. Ich bezweifle auch nicht, dafs sie in den künftigen Untersuchungen ihre Bestätigung finden wird, vorausgesetzt jedoch, dafs diese Untersuchungen an anatomischen Präparaten unternommen werden, in welchen nach passender Fixation (Lösungen von FOA und von ZENKER) die gegenseitigen Beziehungen der Gewebe, die Dimensionen der Elemente unverändert und die Empfindlichkeit gegenüber den Farbstoffen erhalten bleiben.

Die Richtigkeit der obigen Auseinandersetzungen vorausgesetzt, erscheinen die Lehren von USKOFF, PAPPENHEIM und DOMINICI als den wirklichen Tatsachen entsprechend, wie dies auch gegenwärtig allgemein angenommen wird. Wenn demzufolge das blutbildende System wirklich einen einheitlichen Ursprung aus den Lymphocyten anerkennt, so fallen auch die Schranken zusammen, welche, der dualistischen Theorie EHRLICHS entsprechend, eine substanzielle Trennung zwischen den histologischen Befunden bei der Mykosis fungoides aufrecht erhielten. Ferner erscheint es dann auch klar, dafs das Infiltrat im Grunde dieselbe Bedeutung beibehält, ob es sich aus Lymphocyten oder aus Myelocyten zusammensetzt. In dem einen und dem anderen Falle bildet es eine Reaktion des blut-

bildenden Systems auf einen pathologischen Reiz, welcher bald den lymphatischen, bald den myeloiden Apparat betrifft.

Faſst man die Dinge in dieser Weise auf, so fallen auch die anatomischen Unterschiede aus, welche in klinisch anscheinend identischen Fällen von Mykosis fungoides zu bestehen schienen. Die Affektion erhält damit auf Grund des klinischen Bildes, des histologischen Befundes und der pathogenetischen Bedingungen ein Aussehen, das ihre Individualität deutlicher hervortreten läſst.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus dem Ambulatorium des St. Lazarus-Hospitals in Warschau.

Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis.

Vorläufige Mitteilung von

Dr. Felix Malinowski.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Die Spirochaete pallida wurde bei tertiärer Lues von mehreren Forschern gefunden (Spitzer, Ferré, Rille und Volkerodt, Doutrelepont und Grouven, Tomaszczewski); auf diese Weise wurde einiges Licht auf die Tätigkeit dieser Parasiten in Gummen geworfen, deren Infektiosität schon von Neisser und Finger experimentell nachgewiesen wurde. Die besondere Wichtigkeit dieser Frage und die relativ spärlichen Resultate der bezüglichen Untersuchungen bewogen mich während meiner Forschungen nach Spirochaete pallida in verschiedenen Stadien der Syphilis, etwa 20 Fälle von Gummen auf Spirochäten zu untersuchen; das Ergebnis jedoch war bis jetzt stets negativ. Erst Ende Januar d. J. wurden meine Bemühungen in dem unten beschriebenen Falle von Erfolg gekrönt.

Die 18jährige Prostituierte C. R. wurde in ambulatorische Behandlung des St. Lazarus-Hospitals aufgenommen und bot folgende Symptome dar: An der Innenseite des linken Unterschenkels mehrere typische, exulcerierte Gummata (Fig. 1), am rechten Knie ein nichtexulceriertes, taubeneigroſses Gumma, desgleichen, nur etwas gröſser, an der rechten Gesäſshälfte. Am rechten Unterschenkel Periostitis, welche, besonders gegen Morgen, heftige Schmerzen verursacht. Die physisch gut entwickelte und ernährte Kranke begann vor vier Jahren sexuell zu verkehren; nach einigen Monaten wurde sie wegen spitzer Kondylome und geringfügiger Geschwürsbildung an den Genitalien ins Krankenhaus aufgenommen, wo der Prozeſs rasch heilte, ohne irgendwelche Bedenken bezüglich weiterer Folgen zu erwecken; die Kranke verlieſs alsbald das Spital. An sonstigen venerischen und Hautkrankheiten will Patientin nicht gelitten haben. Erst gegen Ende des

vorigen Jahres bemerkte sie an den Unterschenkeln gummöse Gebilde, welche sie selbst mit verschiedenen Salben erfolglos behandelte, und wandte sich schliefslich an mich. Die Patientin wurde mit Quecksilber und Jod (Cura mixta) behandelt, und zwar mit gutem Erfolge; zugleich wurde den gummösen Geschwüren des Unterschenkels und den Gesäfsgummen Untersuchungsmaterial entnommen. Aus dem Geschwürsgrund wurde das Sekret so entnommen, dafs nach Benetzung mit destilliertem Wasser und Entfernung des Belages das Gewebe mit einem Platinlöffel ausgekratzt und das Sekret aufgefangen wurde. Die Präparate wurden, wie gewöhnlich, mit Gentianviolett und nach Giemsa gefärbt. Es wurden sehr spärliche Spirochäten gefunden, und zwar, wie aus Fig. 2 ersichtlich, von zwei deutlichen Abarten: 1. kurze Spirochäten mit drei bis fünf tiefen Windungen und Spitzen, kurzen Enden, sehr zart, erst bei starker Beleuchtung sichtbar; 2. längere Spirochäten mit zahlreichen, schwach angedeuteten, steilen Windungen, scharf zugespitzt, weit intensiver gefärbt als die vorhergehenden. Übergangsformen wurden nicht gefunden. Aufserdem bemerkte ich zahlreiche ähnlich, nur etwas lebhafter gefärbte Körner und kurze Stäbchen. Etwaige Schlufsfolgerungen bezüglich der verschiedenen Arten von Spirochaeta pallida in allen drei Stadien der Lues behalte ich mir vor; hier sei nur bemerkt, dafs die relative Leichtigkeit, mit der in unserem Falle die Spirochäten entdeckt wurden, meiner Ansicht nach durch die vermutliche kurze Dauer der Infektion zu erklären ist, da Patientin die Syphilis wahrscheinlich nicht früher als vor vier Jahren akquirierte.



Fig. 1.

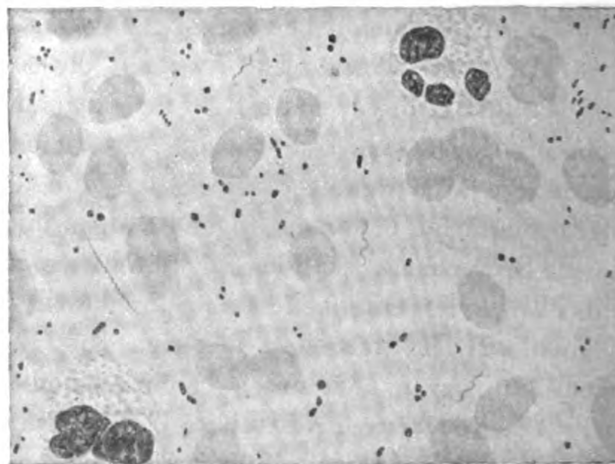


Fig. 2.
Immers. 2,0 mm, Apert 1,30, Ok. 4 Tubus ausgez. (Zeiss).

Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom.

Von

Dr. GÖRL-Nürnberg.

In einer Arbeit, welche obigen Titel trägt (Band 45 Nr. 6 *dieser Zeitschrift*) kommt FERDINAND WINKLER zu dem Schlufs, dafs die analgesierende Wirkung des unterbrochenen Gleichstromes (kurzer LEDUCscher Strom) dazu benutzt werden kann, die elektrolytische Epilation von Haaren schmerzlos zu gestalten. Da nun meine in gleicher Richtung angestellten Versuche kein positives Resultat ergaben, das die Anwendung des LEDUCschen Stromes für den angegebenen Zweck als empfehlenswert erscheinen liefse, sah ich von einer Veröffentlichung ab, möchte aber jetzt kurz meine Ansicht dazu äufsern.

Die elektrolytische Entfernung von Haaren, besonders wenn man nur $^1/_2$ MA, nicht wie WINKLER 1 MA anwendet, ist bei richtiger Ausführung eigentlich so wenig schmerzhaft, dafs die kleine Prozedur schmerzstillende Mafsnahmen nicht erfordert. Da es aber für andere Zwecke angenehm wäre, z. B. Kaustik von Naevis, Inzision von Furunkeln, eine Anästhesie der Haut herbeizuführen, habe ich zuerst mit dem faradischen, dann mit dem LEDUCschen Strome, über den ich in der Nürnberger medizinischen Gesellschaft und Poliklinik 1905 mit Versuchen an Kaninchen Bericht erstattet hatte, die Haut in kleinem Umkreis zu anästhesieren gesucht, wobei ich erst eine metallische, dann eine Schwammdoppelelektrode anwandte. Letztere, von REINIGER, GEBBERT und SCHALL-Erlangen gebaut, bestand aus einer ringförmigen Gummiplatte. Der innere Durchmesser, soweit er die Haut freiliefs, betrug 1 cm. Die beiden Schwammelektroden waren halbkreisförmig aufmontiert und durch eine Hartgummileiste getrennt, da sonst bei Durchfeuchtung der Haut die Stromschleifen nicht in die Tiefe, sondern den nächsten Weg von einer Elektrode zur andern gehen. Dabei fand ich nun, entgegengesetzt zu WINKLER, dafs bei der geringen Entfernung der Elektroden von einander (1 cm) es völlig gleich ist, ob die Anode oder die Kathode zentral liegt, ob die Unterbrechung auf der Seite der Anode oder derjenigen der Kathode erfolgt. Es ist dies ja leicht einzusehen, da eine Anästhesie oder richtiger Hypalgesie der Haut bei LEDUCschem Strom nur eintritt, wenn Stromschleifen der aktiven Kathode (die Anode ist indifferent) in die Tiefe gelangen, die Richtung des Stromes selbst kommt auf so geringe Entfernung hin nicht zur Geltung.

Die Hypalgesie ist deutlich ausgeprägt nur dann, wenn die Stromstärke und Unterbrechungsanzahl eine gleichmäſsige tetanische Kontraktion der darunterliegenden Muskeln gleichzeitig erzeugen. Letztere ist nicht nur innerhalb des Ringes, sondern ebenso wie die Hypalgesie auch zentrifugal vorhanden, in weiterer Ausdehnung, besonders wenn die Stromschleifen in der Tiefe gröſsere Nervenäste treffen. Das dabei auftretende Gefühl ist — wenigstens mir — unangenehmer als der Epilationsschmerz selbst. Auſserdem wird die Empfindlichkeit der Haut zwar gegen Berührung, Temperatur, Kneifen und Zwicken herabgesetzt, jedoch der punktförmige Stich mit der Nadel in der Tiefe noch ganz deutlich schmerzhaft empfunden.

Der Leducsche Strom ist also nicht geeignet, bei der elektrolytischen Epilation Anwendung zu finden, da er den Schmerz nur wenig herabsetzt und eine an und für sich einfache Manipulation unnötigerweise kompliziert macht.

Eine Berichtigung

von

Ludw. Nielsen.

In Dr. Karl Vignolo-Lutatis Abhandlung: „Über die Atrophia maculosa cutis“ in dieser Zeitschrift, 1. Oktober 1907, Nr. 7, schreibt der Verfasser S. 332 im Anschluſs zu seinem Referate von einem von mir früher publizierten Falle von Atrophodermia erythematosa maculosa mit exzentrischer Verbreitung:

„Obgleich nun im Falle von Jadassohn der Sitz der Affektion ein verschiedener war und ein präatrophisches papulöses Stadium bestand, zögert der Verfasser nicht einen Augenblick, ihn mit dem seinigen und demjenigen von Thibierge zu identifizieren.“

An der zitierten Stelle (*diese Zeitschr.* 1901, Bd. 32) habe ich (S. 290) ganz das Gegenteil geschrieben, nämlich:

„Auch Jadassohns und der erste von Heuss' Fällen wichen in so wesentlichen Beziehungen — in der Lokalisation, Form, Zahl und Entwicklung der Flecke, resp. in der Lokalisation, Zahl, Gröſse, Färbung und Entwicklung derselben — von dem klinischen Bilde bei Thibierges und bei meiner Patientin ab, daſs aller Grund dazu vorliegt, dieses letztere als eine selbständige klinische Form von idiopathischer makulöser Cutisatrophie hiervon auszuscheiden.“

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Oktober (25. Oktober) 1907.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. PAWLOW als Gast stellte einen 21jährigen Soldaten mit **Blastomykosis der Haut** vor. Wie die Moulage zeigt, hat es sich bei diesem im übrigen gesunden Patienten um einen etwa handtellergroſsen Herd auf der hinteren Seite des linken Unterschenkels von dunkelster Farbe und derber Konsistenz, mit teils pustelartigen, teils warzenartigen Bildungen gehandelt, welche sich im Laufe von anderthalb Jahren allmählich entwickelt haben. Mikroskopisch gelang es, bei Färbung mit Azur-Azur, Hefepilze nachzuweisen, welche groſse Ähnlichkeit mit den von LÖWENBACH und OPPENHEIM in ihrem Fall gefundenen haben.

Kulturversuche miſslangen. Die histologische Untersuchung ergab eine starke Zunahme der Hornschicht. Wucherung des Rete Malpighii mit Anhäufungen von vielkernigen und einkernigen Leukocyten, subkorneale Absceſsbildung und kleinzellige Infiltration um die Gefäſse des Koriums. Riesenzellen wurden nicht gefunden. Unter innerer Behandlung von groſsen Dosen Jodkaliums und äuſserer mit 5% Karbolspiritus resp. Zinksalbe ist der ganze Krankheitsherd, wie der Vergleich der Moulage mit dem vorgestellten Kranken ergibt, unter Narbenbildung völlig verheilt. Vortragender rechnet seinen Fall zu der ersten Gruppe der BUSCHKEschen Einteilung und speziell zu einem Pendantfall der LÖWENBACH-OPPENHEIMschen Beobachtung, obgleich er sich von dieser durch das Vorhandensein von Warzen unterscheidet, die an eine verrucöse Tuberkulose erinnern.

Diskussion: TSCHLENOW zweifelt nicht an der Diagnose, bedauert aber das Fehlen des kulturellen Nachweises.

BOGROW hält die Diagnose weder bakteriologisch noch klinisch völlig bewiesen, wenn auch die Möglichkeit einer Blastomykose der Haut nicht auszuschlieſsen ist.

POSPELOW stimmt der Diagnose Blastomykose bei und dankt dem Vortragenden für die Vorführung des in Ruſsland seltenen Krankheitsfalles.

2. SOKOLOW demonstrierte nochmals die schon früher (cf. Bd. 44, S. 73) vorgestellte 40jährige Köchin mit einem damals 3 cm im Durchmesser habenden **Epithelioma nasi,** welches unter Behandlung mit 10 mgr Radiumbromid im Laufe von $4^1/_2$ Monaten, bei 82 Sitzungen von 20 Minuten bis zwei Stunden Dauer, völlig vernarbt ist und seit dem April d. J., wo die Behandlung sistiert, noch nicht rezidiviert ist.

3. SOKOLOW führte einen achtjährigen Knaben mit **Lupus vulgaris faciei et cubiti sin.** vor, welcher sich mitten in der Radiumbehandlung befindet (27 Sitzungen). Stellenweise sieht man zarte Narben, stellenweise entzündliche Reaktion.

4. SOKOLOW demonstrierte ferner einen 14jährigen Knaben mit **Lupus vulgaris labii superioris,** bei dem die Radiumbehandlung erst beginnen soll.

5. MESCHTSCHERSKI stellte einen Fall von **DUHRINGscher Dermatitis** vor. Die betreffende Frau, welche vor 14 Tagen in die Klinik aufgenommen wurde und damals die charakteristischen Zeichen der DUHRINGschen Krankheit, vor allem den Polymorphismus der Erscheinungen aufwies, befindet sich aber jetzt schon in bedeutend gebessertem Zustande.

6. Brytschew zeigte den im Jahre 1900 von Sabolotski in der Gesellschaft vorgestellten Fall von **universeller Ichthyosis** (cf. Bd. XXX, S. 569), welcher jetzt einen bedeutenden Rückgang aufweist, obgleich das betreffende Mädchen die ganze Zeit über auf dem Lande gelebt hat und nicht behandelt worden ist.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 11, Nr. 9.

I. **Ein Vorschlag zum sexuellen Schutz junger Männer,** von Eugene Juller-New York. Bei männlichen Onanisten mit sichtlichem Körper- und Geistesverfall mahm F. die Vesiculotomie mit dem Erfolge des Wiedergewinnens der verlorenen Kräfte vor.

II. **Phloridzin-Glykosurie als Beweis der Nierenfunktion,** von M. Krotoszyner-San Francisco.

III. **Masturbation bei Männern und Frauen,** von Frederik R. Sturgi-New York.

IV. **Hämaturie,** von L. W. Bremerman-Chicago.

V. **Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hautleiden,** von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

VI. **Postoperatives Erysipel,** von Emory Lanphear-St. Louis.

VII. **Dauernde Heilung der Ichthyosis durch neue Lichtstrahlen,** von Corydon Eugene Rogers-Chicago. Fall von Ichthyosis nitida bei einer 33jährigen Frau. Die angewandte Bestrahlungsart entstammt einem Apparat, welcher grofse Bündel paralleler Strahlen entsendet.

VIII. **Beziehung des Geschlechtsverkehrs zur Onanie,** von Robert Hurtin Halsey - New York. Nicht ausreichend befriedigender Coitus führt oft zur Onanie. Die Verordnung geschlechtlichen Verkehrs zur Heilung von der Onanie ist als unmoralisch zu verwerfen. Die Onanie ist vielmehr zu behandeln durch sorgfältige Auseinandersetzung der sexuellen Physiologie, eventuell durch Massage, hygienische Vorschriften und vor allem durch die positive Zusicherung, dafs völlige Abstinenz nicht zum Verluste der Potentia generandi führt.

IX. **Ekzema infantum — die Crusta lactea der alten Autoren,** von John N. Upshur-Richmond. Aufser der lokalen Behandlung empfiehlt der Verfasser die Fürsorge für guten Schlaf durch Darreichung von Brom und, wenn nötig, von Codeïn.

X. **Ärztliche Ratschläge für Geschlechtskranke,** von Frank S. Crockett-Lafayetti. Merkblatt für Tripperkranke.

XI. **Gibt es eine Syphilis, die spontan abortiv verläuft?** von Edgar Ballenger-Atlanta. Der Verfasser will an einer Krankheitsgeschichte zeigen, dafs oftmals eine Ulceration am Penis als hartes Ulcus angesprochen wird, eine Inunktionskur unnötig verordnet und der Verlauf, weil keine Syphiliserscheinungen auftreten, mit Unrecht als abortiv bezeichnet wird. In dem Falle des Verfassers hatte ein Mann eine Läsion, welche den typischen Eindruck einer Primärsklerose machte; aber es gelang nicht, in dem Sekret die Spirochaeta pallida nachzuweisen. Von anderer Seite wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, ohne dafs sich luetische Erscheinungen fanden.

XII. **Spastische, hysterische Urinretention,** von Paul Laroque-Richmond. Fall eines 20jährigen Mädchens. *Schourp-Danzig.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 87, Heft 1. September 1907.

I. **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektion von Salicyl-Quecksilber und mit Merkuriolöl,** von Edvard Welander-Stockholm. Es handelt sich um eingehende Untersuchungen über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und Merkuriolöl, besonders über die Art der Absorption dieser Mittel und seine mehr oder weniger lange Remanenz im Organismus. Das Hydrargyrum salicylicum wird aufserordentlich schnell absorbiert und zwar deshalb, weil das Salicyl-Hg in eiweifshaltigen Flüssigkeiten, in den Körpersäften viel löslicher ist, als die übrigen schwerlöslichen Merkurpräparate. Man kann daher mittels angemessen angeordneter Behandlung mit Injektionen von Salicyl-Hg das Quecksilber schnell und kräftig in den Organismus einführen und dadurch die Syphilismikrobien in diesem bekämpfen. Andererseits wird das Salicyl-Hg sehr schnell eliminiert. Infolgedessen versuchte W. das Präparat so anzuwenden, dafs er die Injektionen mit nur 5 cg davon machte, sie aber dagegen jeden dritten Tag vornahm und damit in Verbindung die Thalmannsche Nasen-Quecksilberbehandlung brachte, wodurch er nach einer Behandlung von einigen Tagen einen gröfseren Hg-Gehalt an den Zwischentagen zwischen den Injektionen zu bekommen hoffte, was auch der Fall war. W. meint, dafs die Hydrargyrum-Salicylbehandlung mit oder ohne gleichzeitiger Thalmann-Behandlung dann am Platze ist, wenn es sich um schnelle Erstickung syphilitischer Symptome, besonders der für die Umgebung so gefährlichen sekundären Symptome handelt. Was das Eintreten von Rezidiven betrifft, so ist in der Beziehung das Merkuriol dem Salicyl-Hg vorzuziehen, da es bei konsequenter intermittierender Anwendung eher Rezidive verhindert. Es liegt daher der Gedanke nahe, dafs man durch abwechselnde Injektionen von Salicyl-Hg und Merkuriolöl die grofsen Verdienste der beiden Mittel vereint, was auch nach W.s Erfahrungen gute Resultate gibt. (Schlufs folgt.)

II. **Über das Granuloma trichophyticum Majocchi,** von Giuseppe Mazza-Modena. Ein Fall von Granuloma trichophyticum wurde vom Verfasser genau untersucht, trotz mehrfacher Untersuchung ist es ihm nie gelungen, weder zwischen den Zellen des Granuloms, noch in der umliegenden Cutis, noch anderswo, irgend einen Mycelfaden oder Trichophytonsporen zu finden. Ebenso war die Untersuchung auf andere Mikroorganismen, selbstverständlich die Eitererreger inbegriffen, negativ. Das Gesamtresultat der Untersuchungen Mazzas besagt, dafs es eine Varietät von Trichophytie mit den Charakteren, die Majocchi für sein Granuloma trichophyticum in Anspruch nimmt, klinisch differenzierbar von dem Kerion und der Sykosis gibt. Der anatomische Ausdruck dieser Affektion besteht wesentlich aus granulomatösen Herden ohne konkomittierende primäre akute Entzündungserscheinungen, die bei dem Kerion und der Sykosis neben granulomatösen Bildungen nie fehlen. Bei derselben Form kann sekundär und als Komplikation der Suppuration, welche die Diffusion des Granuloms erleichtert, angetroffen werden. Das vom Verfasser in diesem Granulom isolierte Trichophyton gehört der rot-violetten Varietät an; ob aber zwischen dieser Varietät und der klinischen Form eine bestimmte genetische und ausschliefsliche Beziehung besteht oder nicht, diese Frage harrt noch der Entscheidung. Die granulomatöse Bildung geht gewöhnlich von der atrophischen Involution des Follikels aus, infolge welcher die Disgregation der Haarfragmente mit den Pilzelementen und die Isolierung der gesunden Fragmente des Spaltes möglich ist.

III. **Bakteriologische Untersuchungen über die nach Ulcus molle auftretende Lymphangitis,** von Pio Colombini-Cagliari. Beim Ulcus molle geht sehr oft das Virus auf die benachbarten Lymphdrüsen über, und so entsteht als Kompli-

kation der venerische Bubo, die Lymphangitis selbst ist seltener als der Bubo, sie ist netz- oder strangförmig, letztere ist häufiger. Verfasser untersuchte Fälle von Lymphangitis des Penis, die zur Bildung eines Bubonulus führten und die Haut unversehrt liefsen. Als Nährboden diente Menschen- oder Kaninchenblut. Dabei zeigten sich als Resultate der Experimente, dafs der im Menschenblutagar und im Kaninchenblutagar gezüchtete Mikroorganismus wirklich der Ducreysche Streptobacillus war. Die Kulturen dieses Mikroben reproduzierten, trotzdem sie zweimal überimpft wurden, nur dann ein sehr virulentes Ulcus molle, wenn das Impfmaterial aus frisch entstandenen Bubonuli stammte. Die Möglichkeit, das Bakterium in künstlichen Nährsubstanzen zu züchten, nimmt nicht nur mit dem Älterwerden des Bubonulus ab, sondern, wenn dies auch gelingt, so ist die Virulenz des kultivierten Bakteriums sehr reduziert. Es ist jedenfalls der Bubonulus als Folge der Lymphangitis nach Ulcus molle vom Ducreyschen Bacillus hervorgerufen. Der bisher übliche Unterschied von virulenten oder ulcerösen und nicht virulenten Bubonuli ist nicht exakt, da wir eher vom ätiologischen Standpunkte aus die venerischen Bubonuli in bazilläre und in sterile unterscheiden müfsten. Aus dem Eiter der Bubonuli kann der Ulcuserreger immer dann gezüchtet werden, wenn er Erscheinungen von Chromatolyse, eine Folge der durch die bakterizide Eigenschaft des Eiters hervorgerufene Autolyse, nicht unterlegen ist. Wenn diese Symptome jedoch später, auch in den Abscefswänden auftreten, wird man aus denselben den Ulcuserreger auch dann züchten können, wenn der Eiter steril erscheint, gesetzt, dafs der Bubonulus nicht älter war und immer geschlossen blieb. Die Virulenz des Ducreyschen Streptobacillus steht in direkter Beziehung mit dem Alter des Bubonulus, dessen ulceröse Transformation als der klinische Ausdruck einer besonderen Steigerung der Virulenz des Mikroorganismus angesehen werden kann. Die vom Verfasser erzielten Resultate stimmen vollständig mit jenen überein, die er schon 1894 publizierte und bestätigen gänzlich die Theorie über die Pathogenese des Bubo, die Verfasser damals als der erste veröffentlichte.

IV. **Zum Kapitel Röntgenschäden und deren Behandlung**, von Richard Volk-Wien. Bei der Anwendung der Röntgenstrahlen ist immer noch grofse Vorsicht am Platze, um Schäden zu vermeiden. Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Röntgenschädigungen, die oft sehr schwer zur Heilung zu bringen sind. Empfohlen wurden Trockenbehandlung mit Antisepticis, verschiedene Salben, Vereisung, Hochfrequenzentladungen, galvanokaustische Zerstörung usw. Am besten wird die Heilung herbeigeführt durch plastische Deckung des Geschwürs. Auch Verfasser wandte die Deckung nach Thiersch mit vorangehender radikaler Entfernung alles Krankhaften an. Der Erfolg war sehr gut, es gab eine feste, solide Narbe.

V. **Über Oxyuriasis cutanea**, von Carlo Vignolo-Lutati - Turin. Majocchi veröffentlichte 1893 eine Arbeit über einige parasitäre Dermatosen beim Menschen und lenkte die Aufmerksamkeit auf die Oxyuriasis cutanea. Auf Grund der Majocchischen Arbeit war Verfasser in der Lage, bei einem von ihm beobachteten Falle die Diagnose auf Oxyuriasis cutanea zu stellen. Der Fall wird genau beschrieben.

VI. **Ein neuer mechanischer Kompressor bei der Lichtbehandlung nach Finsen**, von F. Sandmann-Stockholm. Der von Sandmann geschilderte Apparat hat den Vorteil, einen gleichförmig, federnden Druck von jeder gewünschten Stärke zu erreichen. Der Apparat ist bei einiger Übung leicht einzustellen, gewöhnlich 1—3 Minuten. Einmal eingestellt, braucht derselbe kaum beaufsichtigt zu werden während der Sitzung. Der zu behandelnde Körperteil wird sicher fixiert, man braucht die Länge des Tubus nicht zu verändern. Keinerlei Umänderungen sind an den Tuben oder Drucklinsen nötig, wenn diese die gebräuchlichen Typen sind. Der

Apparat ist relativ billig, der Behandlungserfolg ist nach dem Urteile von MAGNUS MÖLLER bei Anwendung des LANDMANNschen Apparates ganz vorzüglich.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band X, Heft 12. September 1907.

I. **Über Sulfur colloidale,** von MAX JOSEPH-Berlin. Der von der Firma v. Heyden in Radebeul hergestellte Kolloidalschwefel ist ein grauweifses Pulver, welches sich in Wasser zu einer milchähnlichen Flüssigkeit löst. Im durchfallenden Lichte schillert die Lösung bläulich. Die Lösung mufs stets frisch bereitet werden. Das Präparat ist unlöslich in Alkohol, löslich in physiologischer Kochsalzlösung. Mit Fetten, Lanolin-, Vaselin- usw. Seifen läfst sich das Präparat zu gut einreibbaren Salben und Seifen verarbeiten, welche den Schwefel aufserordentlich fein verteilt enthalten. Der kolloidale Schwefel besteht nur zu 80% aus Schwefel und enthält ungefähr 20% Eiweifssubstanzen, welche seinen wasserlöslichen, kolloidalen Zustand bedingen und für die Haltbarkeit des Präparates wichtig sind. Die therapeutische Wirkung des kolloidalen Schwefels ist im Gegensatz zu der unlöslichen Modifikation bedeutend gesteigert durch die unendlich feine Verteilung der kolloidalen Substanz in ihrer Lösung und zwar erwies sich bei JOSEPHS Versuchen die schwach prozentuierte Lösung in der Wirkung als zweifellos intensiver. Aber besonders zu empfehlen sind die 10%igen Lösungen des Sulfur colloidale in Wasser und 10%ige Schwefelsalben oder 10%ige Schüttelmixturen. In erster Linie sind die Präparate am Platze bei seborrhoischen Zuständen, ferner auch bei der Akne indurata faciei in Form von Sulfur colloidale 10,0, Pasta salicyl. LASSAR ad 100,0. Dieselbe wird messerrückendick abends auf die kranken Teile aufgestrichen, darauf wird eine geringfügige Schicht Gaze oder Watte und darüber eine dünne Leinwandmaske gelegt, welche auf dem Hinterkopf mit zwei daran angebrachten Bändern befestigt wird. Am nächsten Morgen wird die Paste zunächst mit Rüböl und alsdann das Gesicht mit warmem Wasser und einer 10%igen neutralen kolloidalen Schwefelseife (Sulferidseife) gewaschen. Gleiche Behandlung bewährte sich bei Akne rosacaea. Ganz besonders empfiehlt JOSEPH Sulfur colloidale für die Alopecia seborrhoica pityrodes und zwar 10%ige wässerige Lösung zur täglichen Waschung, abends Salbe. Eine weitere Indikation ist Pityriasis rosea, Ekzema sqamosum, Strophulus infantum, und ähnliche Leiden und zwar als Schüttelmixtur.

II. **Die X-Zellen des spitzen Kondyloms, (UNNA) - Chromatophoren,** von AXEL CEDERCREUTZ-Helsingfors. C. ist der Ansicht, dafs die Chromatophoren und die UNNAschen X-Zellen identisch sind. Die Gründe, die ihn zu dieser Ansicht gebracht haben, sind:

1. Die Lage der Zellen in dem Gewebe. Sowohl die X-Zellen als die silberimprägnierten Zellen befinden sich hauptsächlich in den basalen Lagen des Epithels.

2. Die Morphologie der Zellen. Beide haben unregelmäfsige Form mit Ausläufern und lassen in der Regel Fasern vermissen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales des maladies vénériennes.

Band II, Heft 9. September 1907.

I. **Über die systematisierten Lokalisationen des Treponema pallidum,** von H. HALLOPEAU und GASTOU. Betrachtet man die syphilitischen Eruptionen in bezug auf ihre Lokalisationen, so bemerkt man, dafs dieselben oft ausschliefslich bestimmte Organe oder bestimmte Gegenden befallen. Dieses sind sogenannte systematisierte

Lokalisationen, welche abhängig sind von dem Vorhandensein der Spirochaeta pallida. Man unterscheidet etwa acht solche „Systematisionen", welche die Verfasser eingehend prüfen.

1. Systematisation der Organe (Knochen, Nervenzentren, Muskeln, Gelenke, Gefäfse, Haut, Sinnesorgane, Drüsen).

2. Regionale.

3. Systematisationen im Nervenbereiche.

4. Regionale S. durch Auto-Inokulation.

5. Systematisation durch Kulturen parasitären Ursprungs, diese Mikrobien können normal oder spezifisch sein.

6. Systematisationen durch wiederholte toxische Reizungen. Hierzu gehören die Leukoplasien.

7. Systematisationen durch mangelnde Elimination und Therapie des Treponema (Syphilis palmaris et plantaris).

8. Systematisation bei der hereditären Syphilis.

Die Arbeit zeigt, wie zahlreich und verschieden die systematisierten Lokalisationen der Syphiliden sind.

II. **Über quaterne hereditäre Syphilis des retikulären Bindegewebes,** von Gaucher. Verfasser bespricht das retikuläre oder adenoide Bindegewebe des Rachens und des Blinddarms, zwei Gegenden, an denen sich besonders die sogenannte quaterne Syphilis finden läfst und die histologisch sehr ähnliche Bilder liefern. Die häufigste Ursache der Läsionen an jenen beiden Stellen ist eben die hereditäre Syphilis, wie Gaucher in einer längeren Abhandlung zeigt und an einer Reihe von Patienten beobachtete, deren Eltern oder Grofseltern syphilitisch gewesen waren.

III. **Über hereditäre Lebersyphilis,** von Ch. Fouquet. Der erste Teil der umfangreichen Arbeit schildert die pathologische Anatomie der hereditären Lebersyphilis und zwar die makroskopischen und mikroskopischen Erscheinungen und das Studium der Bakterien. Insonderheit bespricht F. die Hepatitis gummosa miliaria, nodosa und Hepatitis mit gummösen Tumoren. Mikroskopisch unterscheidet Verasser hauptsächlich vier Formen und zwar die S. congestiva simplex, sclerosa interstitialis, gummosa miliaris und gummosa nodularis mit dicken Tumoren. Alle diese Formen werden eingehend beschrieben. (Fortsetzung folgt.)

IV. **Über Nephritis luetica secundaria tardiva,** von Lévy-Franchel. Die sogenannte Nephritis secundaria tarda kommt verhältnismäfsig selten vor und beschreibt L. eine eigene Beobachtung neben einigen Fällen anderer Autoren. Das Charakteristische dieser Nephrititiden ist, dafs sie nicht mit den übrigen Sekundärerscheinungen zusammen auftreten und dafs der Gehalt an Eiweifs verhältnismäfsig dabei klein ist. Sie treten erst zwei bis drei Jahre nach dem Schanker auf. Eine Milchdiät und kochsalzarme Nahrung bleiben ohne Einflufs auf die Krankheit, erst eine energische Quecksilber- und Jodkur lassen die Erscheinungen der Nierenentzündung schwinden und zwar in kurzer Zeit, schon wenige Injektionen von Quecksilber hatten eklatante Wirkung.

V. **Die Wasser von Barèges und die Syphilis,** von Laroche. Der Wert der Schwefelquellen von Barèges bei Rheumatismus, Skrophulose und anderen Leiden ist bekannt. An mehreren Fällen zeigt Verfasser die heilsame unterstützende Wirkung auch bei der Syphilis. Natürlich wird daneben die merkurielle Behandlung nicht vernachlässigt. Die Bäder lassen aber eine gleichzeitig viel energischere ausgeführte Merkurialkur zu, als es sonst möglich wäre und bewirken, dafs die Patienten frei bleiben von Stomatitis und sonstigen lästigen Erscheinungen, welche das sonst so heilsame Quecksilber leider oft mit sich bringt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VII. Nr. 15.

Die Überwachung des Nervensystems der Syphilitiker, von Milian. Verfasser erinnert lebhaft und nachdrücklich daran, wie häufig nervöse Erscheinungen die Folge einer syphilitischen Infektion sind, und wie verhältnismäſsig zahlreich Fälle von schwerster Erkrankung des Zentralnervensystems jahrelang nach einer scheinbar völligen Heilung der Syphilis hervortraten. Er führt eine (allerdings wohl anfechtbare, Ref.) Beobachtung aus seiner eigenen Praxis an, daſs ein 79jähriger Herr, welcher mit 22 Jahren Lues akquirierte, eine durch dieses Grundleiden bedingte Hemiplegie erlitt. Vor allen Dingen aber beruft er sich auf Tabes und Dementia paralytica als die bekannten Späterscheinungen des syphilitischen Virus und plädiert für die Notwendigkeit regelmäſsiger (etwa halbjährlicher) genauer Untersuchungen, um plötzlichen unliebsamen Überraschungen zu begegnen. Sehr praktisch hat er den Gebrauch von bestimmten Formularen gefunden, auf denen nach seinen Angaben Rubriken für das Ergebnis der jedesmaligen Untersuchung, je für die einzelnen Symptome der Reflexe (Patellar, Babinski, Plantar, Cremaster usw.), Pupillenbefund (Form, Akkomodation, Lichtreflex, Lumbarpunktion, Sensibilität, Motilität usw.) verzeichnet sind. Die Übersicht über den Verlauf des Leidens ist auf diese Weise eine viel leichtere und auch sicherere. Auch kann es, wie Verfasser an einem Beispiel zeigt, vorkommen, daſs die Reflexe (Patella) schon zur Zeit des ersten Primärsyphilids nicht auszulösen sind, ein Umstand, dessen Bekanntsein im einzelnen Falle später von gröſster Wichtigkeit für den Betroffenen sein könnte.

Bd. VII. Nr. 16.

Die Behandlung der Hautepitheliome mit den neueren Methoden (Phototherapie, Radiotherapie, Radiumtherapie, hochfrequenter Strom, Electrolyse-Zink-Jon), von H. Lebon-Paris. Die Behandlung der kutanen Epitheliome, namentlich am Gesicht, mittels Ätzmittel hat mancherlei Nachteile. Die Lichtbehandlung würde nach den Beobachtungen von Hyde und von Brocq a priori aussichtslos sein, indem diese Autoren dem Einfluſs der Sonne eine wesentliche ätiologische Bedeutung gerade für die Entwicklung dieser Gewächse zuschreiben. Auf der anderen Seite hat Widmer z. B. gute Resultate damit erzielt. Daſs das Sonnenlicht einen ganz erheblichen Einfluſs auf den Stoffwechsel ausübt, ist durch viele exakte Experimente erwiesen. Auſserdem haben die Sonnenstrahlen, namentlich die violetten und ultravioletten, einen hemmenden Einfluſs auf das Wachstum der Bakterien (Thiele, Wolff). Bie, Petersen, Morris, Veliaminoff haben verschiedentlich gute Erfolge der Lichtbehandlung bei nicht zu groſsen Epitheliomen gesehen. Von verschiedenen Beobachtern ist der Versuch gemacht worden, die Haut durch chemische Agentien für die Bestrahlung empfänglicher zu machen (Scholtz, Odier) nach der Art des Verfahrens bei photographischen Platten. Tatsächlich hat das Bestrahlen unter Anwendung von Eosin, Erythrosin, Methylenblau usw. einen sehr viel stärkeren Einfluſs auf verschiedene Bakterien. Ferner ist konstatiert (Fleischmann u. a.), daſs die Praecipitine, welche man durch Zusatz von artfremdem Serum ins Blutsystem eines Tieres erhält, durch Eosin und Saffranin inaktiviert werden können. Im Anschluſs hieran hat man als Sensibilisierungsmittel (Neisser) resp. Fluoreszenzmittel (Tappeiner) auch Eosin und Erythrosin bei der Finsenbehandlung von Ulcus rodens und Epitheliomen angewandt mit gelegentlichem Erfolg. (Forts. folgt.)

Bd. VII. Nr. 17.

Die Behandlung der Hautepitheliome mit den neueren Methoden, von H. Lebon-Paris. (Fortsetzung.)

Die Behandlung mit den Röntgenstrahlen ist nach den Äufserungen von Monod, von Brocq, Thor, Stenbeck u. a. für die Gesichtsepitheliome das Mittel der Wahl. Oudin verfährt gewöhnlich folgendermafsen: Die erste Sitzung dauert nur 30 Sekunden, die zweite (48 Stunden später) eine Minute, die dritte, wiederum nach 48 Stunden, anderthalb Minuten und so fort bis zu drei Minuten. Wenn keine wesentliche Reaktion eingetreten ist, wird allmählich bis zu fünf Minuten als Maximum gesteigert, sonst wird gewartet, bis etwaige Rötung und Irritation wieder verschwunden sind. Wenn man keine Mefsvorrichtung (Radiometer) hat, mufs man natürlich mit fraktionierten Dosen vorgehen, sonst kann man gleich bei der ersten Sitzung auf fünf Einheiten (Holzknecht) steigern. Aber, wie Verfasser an zahlreichen Zitaten zeigt, jeder Arzt verfolgt seine eigenen Modifikationen. Oft fängt der Tumor erst nach einer Applikation von 10 H an zu weichen. Eine kleine Nachhilfe mit dem scharfen Löffel ist oft sehr zweckdienlich. Die Wirksamkeit von photodynamischen Substanzen (Eosin, Chininum bihydrochloricum) ist von einigen Autoren behauptet worden, bedarf aber weiterer Prüfung. Histologisch stellt sich die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das neoplastische Gewebe als die eines tief einwirkenden Ätzmittels dar. (Fortsetzung folgt.)

Bd. VII. Nr. 18.

Die Behandlung der Hautepitheliome mit den neueren Methoden, von H. Lebon-Paris. (Forts.) Resultate: Die von den verschiedenen Autoren mitgeteilten Resultate weisen noch sehr erhebliche Verschiedenheiten auf. Eine Zusammenstellung von Schiff (1906) ergab unter einem Gesamtmaterial von 929 Fällen 570 Heilungen. Während einzelne Beobachter (Holzknecht, Montgomery) 100% Heilungen konstatieren, berichten andere über weit weniger günstige Ergebnisse, einzelne Patienten entzogen sich der weiteren Behandlung, bei vielen war nur eine gewisse Besserung zu erreichen, oder es traten später Rezidive hervor, und nicht ganz selten steigerte sich unter der Behandlung der Krankheitsprozefs noch nachweislich. Diese Verschiedenheit der Berichte ist auf diverse Ursachen zurückzuführen, Verschiedenheiten in der Art der behandelten Gewächse, Abweichungen in der Art der Behandlung usw. Als entschiedene Gegenindikation für die Bestrahlung wird ziemlich allgemein das Vorhandensein von Pigmenteinschlüssen angesehen. Das Melano-carcinom erfordert zum mindesten die allersubtilste Beobachtung, falls man sich zur Röntgenbehandlung dabei entschliefst. (Fortsetzung folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1907. Heft 8.

Myositis syphilitica im Bicepsmuskel, von Lozé, Leredde und R. Martial-Paris. Ein 34jähriger Beamter akquirierte im Spätsommer 1901 einen typischen Schanker und im Anschlufs daran Roseola, Plaques muqueuses und Defluvium capillorum. Er erhielt im ersten Jahre seiner Krankheit 370 Pillen mit 1 cg Sublimat. Im folgenden Jahre nahm er deren 120, dann 80; im vierten Jahre gab man ihm 12 Einreibungen mit Ungt. cinereum und 20 g JK. Im fünften Jahre wurden drei Serien von je 12 Einreibungen und im sechsten noch eine solche Serie verordnet. Danach wurde wieder JK. gegeben. Ende Juni 1907 bemerkte Patient eine kleine Schwellung auf der Vorderfläche des Oberarms. Eine Einreibung mit Ungt. Hg. cin. hatte nur eine Verschlimmerung im Gefolge. Die Beweglichkeit war sehr beschränkt; die Schwellung erstreckte sich bis auf den Vorderarm, war aber am stärksten etwas oberhalb der Gelenkbeuge, wo ein harter, fast faustgrofser, allmählich verklingender Tumor zu konstatieren war. Auf eine Calomelinjektion (0,1) besserte sich der Zustand

ziemlich prompt, und nach einer daraufhin fortgesetzten Injektionskur (Natrium-Bibromat-Quecksilber) ging die Läsion bis auf geringe Reste zurück. — Im Anschlufs an diese Mitteilung wird die einschlägige Literatur ziemlich ausführlich besprochen.

Der gegenwärtige Stand der experimentellen Syphilisforschungen von Prof. A. Neisser, von R. Martial-Paris. Der Artikel enthält eine eingehende Wiedergabe der von Neisser, Meschnikoff u. a. ausgeführten Impfversuche und der Ergebnisse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1907. Heft 4.

Über die sogenannte tertiäre Periode der Syphilis, von V. Mibelli. Nach der Ansicht des Verfassers hat die Unterscheidung des Krankheitsverlaufes der Lues in ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium keine wissenschaftliche Berechtigung, kann aber vom praktischen Standpunkte aus immerhin beibehalten werden. Wenn nämlich auch im Verlaufe der Zeit das klinische Bild der Syphilis solche Veränderungen erfährt, dafs man es mit einer ganz anderen Affektion zu tun zu haben scheint, so sind diese Veränderungen doch immer von einem und demselben Virus, nämlich höchst wahrscheinlich von der Spirochaeta pallida, veranlafst. Es ist eben wichtiger, sich darüber Gewifsheit zu verschaffen, ob die genannten Veränderungen frühzeitige oder späte sind, und ob die Syphilis eine frische oder eine alte ist. Der Verfasser geht hierbei von dem Grundsatze aus, dafs die frühzeitigen Symptome oberflächlich, gutartig, vorübergehend und regelmäfsig verteilt, die Spätsymptome dagegen tief, schwer, zerstörend, umschrieben sind und eine Neigung haben, sich in figurierte Gruppen zu konzentrieren. Daraus geht hervor, dafs ein spätes Erscheinen im direkten Verhältnifs steht zur Schwere der Erscheinungen, dagegen im umgekehrten zur Multiplizität derselben. M. schlägt dementsprechend folgende Formel vor zur Versinnlichung dieser Begriffe: $T:T^1 = G:G^1$ und $T:T^1 = M^1:M$, woraus folgt: $T = \frac{G}{M}$, wobei T die Späte des Auftretens, G die Schwere und M die Multiplizität der Erscheinungen bedeutet.

Die Wirkung des Quecksilbers auf die Spirochaeta pallida, von Cappelli und Gavazzeni. In den Fällen, welche in diesem Artikel beschrieben werden, war der Pilz ein konstanter Befund in den feuchten Papeln während der frühen Periode der Krankheit. Sublimatinjektionen bewirken, wenigstens in einer Anzahl von Fällen, keine Verminderung der Anzahl, keine Veränderung in der Form, der Länge und der Färbbarkeit der Parasiten, die sich solange auf der Oberfläche und in den Geweben der feuchten Papeln finden, als diese sich im aktiven Zustande befinden. Sie verschwinden erst mit dem Schwunde der anatomischen Veränderungen. Definitive Schlufsfolgerungen will der Verfasser aus der Beobachtung seiner geringen Anzahl von Fällen keineswegs ziehen.

Über einen Fall von „subcutanem Sarkoid Darier“, von Pelagatti. Es handelt sich um eine junge Frau in vortrefflichem Allgemeinzustand, ohne Spur von Veränderungen in der Blutbeschaffenheit und im Stoffwechsel. Der Zustand des Darmtractus ist normal, abgesehen von einem leichten Darmkatarrh, der übrigens im Verlaufe der Behandlung verschwand. Bei dieser Patientin traten nun ohne erkennbare Veranlassung Knötchen im Unterhautzellgewebe auf, die sich langsam vergröfserten, stets schmerzlos blieben und gar keine Neigung zur Erweichung oder Suppuration zeigten. Jod und Hg blieben ohne jeden Einflufs auf diese Tumoren, ebenso blieben Injektionen von altem Tuberkulin ohne Reaktionserscheinungen. Inokulationen von

Partikeln aus den Tumoren auf Meerschweinchen und Kaninchen ergaben ein negatives Resultat. Dagegen führte eine Arsenikbehandlung zur vollständigen Resorption der Geschwülste, und zwar sehr rasch. Vom histologischen Standpunkte nähern sich die Tumoren in ihrer Struktur den Tuberkeln, weshalb in diagnostischer Beziehung eine ganze Reihe von Affektionen ausgeschlossen werden können (Lymphosarkom, Spindelzellensarkom, glattfaserige Myome, Fibrome, Neurofibrome, Cysten jeder Art, leukämische und pseudoleukämische Tumoren, Blastomykose, Aktinomykose, Lepra). Kochsche Bazillen konnte er nirgends finden. In Betracht kommen also nur Syphilis, Tuberkulose, Erythema induratum von Bazin und das von Darier beschriebene „subcutane Sarkoid". Der Verfasser hat mehrfach Gelegenheit gehabt, die Wirkung des chronisch entzündlichen Prozesses auf das Fettgewebe bei syphilitischen Gummata, bei Tuberkeln und in zwei Fällen von chronischer Mastitis zu untersuchen und ist dabei zur Überzeugung gelangt, daſs beim gegenwärtigen Stande unserer histologischen Kenntnisse eine Unterscheidung eines tuberkulösen Prozesses im Unterhautzellgewebe von einem chronischen entzündlichen Prozesse irgendwelcher Natur unmöglich ist. Nach seiner Ansicht ist ferner die tuberkulöse Natur des Darierschen Sarkoids keineswegs erwiesen. In seinem Falle nun, den er mit dem Sarkoid Darier identifiziert, läſst sich vorläufig mit Bestimmtheit nur annehmen, daſs es sich um einen chronischen entzündlichen Prozeſs im Fettgewebe des Hypoderma handelt, welcher Prozeſs durch innere Ursachen entstanden ist, deren Natur sich vorläufig nicht feststellen läſst.

Untersuchungen über die Veränderungen des elastischen Gewebes bei einigen pathologischen Zuständen der Harnblase, von Migliorini. Der Verfasser beschreibt zunächst die Verhältnisse unter normalen Zuständen und dann bei Atrophie und Dilatation; in dem letzteren Falle kommt es darauf an, ob die Muskelfasern erhalten geblieben sind oder mehr oder weniger geschwunden sind, denn nur in diesem Falle sind auch die elastischen Fasern verändert und beinahe vollständig fehlend. Überall aber und selbst da, wo die elastischen Fasern die verschiedensten regressiven und degenerativen Veränderungen durchgemacht haben, bleibt das Färbevermögen (basophile Farbstoffe) erhalten, im Gegensatze zu dem, was in der senilen Haut oder anderen krankhaften Prozessen der letzteren geschieht. Ebenfalls ist hervorzuheben, daſs nirgends Neubildung oder Hypertrophie des elastischen Gewebes konstatiert werden konnte.

Das Glykogen der Haut, von Lombardo. Während der ersten Monate des intrauterinen Lebens kann sich das Glykogen in ziemlich reichlichen Mengen in der ganzen Epidermis und deren Derivaten vorfinden; weniger reichlich ist es in den Fettzellen und nur spärlich in den Bindegewebszellen. Nach dem sechsten Monat nimmt das Glykogen ab, bis es sich schlieſslich auf die Elemente beschränkt, in denen es beim Erwachsenen angetroffen wird. Beim letzteren findet man es im sezernierenden Epithel der Knäueldrüsen und zwar in je gröſseren Mengen, als diese reichlicher sezernieren; in der äuſseren Wurzelscheide der Haare, vom Bulbus bis zur Insertion des Musc. arrect. pili; endlich ziemlich reichlich im Epithel der Mundschleimhaut, der Urethra, der Vagina. Bei den verschiedenen Dermatosen zeigt es sich wieder in der Epidermis und in den Talgdrüsen in verschiedener Menge, wenn die Intensität des pathologischen Reizes, welcher Natur er auch sein mag, die zelligen Elemente zur Proliferation antreibt; es zeigt sich auch in den Wanderzellen und, spärlicher zwar, in den fixen Zellen des Bindegewebes. Der Demodex folliculorum führt reichliche Quantitäten von Glykogen. Reichliches Vorkommen von Glykogen in Elementen, in denen es unter normalen Verhältnissen nicht vorkommt, läſst nicht auf degenerative Prozesse schlieſsen, auch nicht auf Infiltration, sondern es muſs vielmehr als ein Auf-

wachen der eingeschlummerten glykogenetischen Funktion aufgefafst werden. Er weist auf einen Zustand von erhöhter Zellentätigkeit, in Verbindung mit einem lebhaften Metabolismus der Zellen hin. *C. Müller-Genf.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1907. Nr. 3.

1. **Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum**, von Franciszek Krzysztalowicz. Der Fall betrifft einen 27jährigen Patienten, der seit Kindheit an Gesichtsknötchen litt, deren Vermehrung aber erst seit einigen Jahren bemerkt wurde. Die zahlreichen Knötchen, welche die Haut der Nase, der Oberlippe, eines Teiles der Backen und des Kinns bedecken, erreichen Mohn- bis Hirsekorngröfse. Die einzelnen Knötchen sind scharf von der Umgebung abgegrenzt und symmetrisch über beide Gesichtshälften verteilt. Sie sind meist oval, ihre Oberfläche ist glatt, ihre Konsistenz derb. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist vollkommen gut, die Psyche normal.

Die histologische Untersuchung dreier exzidierter Knötchen ergab keinen einheitlichen Befund. Während in einem vorwiegend stark entwickelte Talgdrüsen vertreten waren, bestand die Hauptveränderung in dem anderen in Erweiterung der Blutgefäfse mit gleichzeitiger Vermehrung des Pigments in normal gebliebenen Cutisteilen; in dem dritten endlich sah man Zellgruppen, die dem Typus entsprechen, welcher für die weichen Naevi charakteristisch ist. So zeigt das histologische Bild, dafs die klinische Auffassung der Tumoren als „Adenoma sebaceum" verlassen werden mufs. Verfasser reiht sie vielmehr in die Naevusgruppe ein und zweifelt nicht, dafs es sich dabei um eine Bildungsanomalie handelt, welche die ganze Hautdecke betrifft und die sich entweder in der Epidermis und den zu dieser gehörigen Haarbälgen und Drüsen lokalisiert (Naevus mollis), oder im Pigment (Naevus pigmentosus), oder endlich in den Gefäfsen (Naevus vasculosus). Es besteht hier nach Verfasser eine Analogie mit anderen Hauterkrankungen, die auf Bildungsanomalien beruhen, so mit Xeroderma pigmentosum und Neurofibromatose. Demnach soll auch die noch oft gebrauchte Bezeichnung der beschriebenen Tumoren als „Adenoma sebaceum" verlassen und statt derselben der Name „Morbus Pringle" eingeführt werden.

1907. Nr. 4 und 5.

1. **Karl Szadek**, von Mieczyslaw Warynski. Warmer Nachruf des bekannten polnischen Dermatologen, der seit dem Jahre 1883 literarisch tätig war und anfangs dieses Jahres gestorben ist. Nachstehend seine Publikationen, die teils in polnischen, teils in russischen, deutschen, französischen, englischen und spanischen Zeitschriften veröffentlicht wurden.

1883. 1. Zur Frage der Lues hereditaria tarda.

1884. 2. Zur Frage der Lues hereditaria tarda. 3. Syphilis hereditaria tarda und choc en retour. 4. Initialskerosen im Pharynx. 5. Beitrag zum Studium der Keratitis syphilitica. 6. Über Syphilis als parasitäre Erkrankung und über den Kampf des Organismus mit dem syphilitischen Virus.

1885. Ein Fall von Leukoderma syphiliticum. 8. Zur Kasuistik des Herpes iris recidivus. 9. Ein Fall von Lichen planus chronicus. 10. Ein Fall von ausgedehnter Acne vulgaris, kompliziert durch entzündliche Papillome. 11. Zur Kasuistik der syphilitischen Erkrankungen des Nebenhodens.

1886. 12. Über Lichen planus Wilson. 13. Kurze Analyse 383 Fälle von Hauterkrankungen im Militärspital in Kiew im Jahre 1884. 14. Kritische Bemerkungen

über die Theorie der syphilitischen Retroinfektion der Mutter durch den Foetus. 15. Die Behandlung der Syphilis mittels tiefer Injektionen des gelben Quecksilberoxyds. 16. Bemerkungen über subkutane Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis. 17. Über Behandlung der Syphilis mit tiefen Injektionen von Quecksilberpräparaten nebst Bemerkungen über hypodermatische Syphilistherapie im allgemeinen. 18. Die Anwendung der Elektrolyse bei Hauterkrankungen. 19. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Dühring.

1887. 20. Über Behandlung der Syphilis mit tiefen Injektionen von Quecksilberpräparaten. 21. Bemerkungen über 70 Fälle von Erysipel. 22. Die innerliche Anwendung von Hydrargyrum oxydulatum tannicum bei Syphilis. 23. Innerliche Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis. 24. Über hypodermatische Anwendung von Hydrargyrum carbolicum bei Syphilis. 25. Über einen Fall von Erythema multiforme. 26. Ein Fall von Lichen ruber accuminatus Hebrae. 27. Kurze Analyse 369 Fälle von Dermatosen im Militärspital in Kiew im Jahre 1885.

1888. 28. Zur Behandlung der Schankerbubonen mit Jodoformdauerverband. 29. Über chirurgische Behandlung der suppurenten venerischen Bubonen. 30. Zur Kasuistik des Bromexanthems. 31. Über therapeutische Anwendung des Hydrargyrum salicylicum. 32. Index bibliographicus syphilidologiae 1886/87. I. Jahrgang. 33. Beitrag zur mechanischen Behandlung der chronischen Blennorrhoe.

1889. 34. Index bibliographicus syphilidologiae 1887. II. Jahrgang. 35. Die therapeutische Anwendung des Jodols. 36. Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis. 37. Die Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis. 38. Anwendung der Salicylsäure bei einigen Hauterkrankungen. 39. Anwendung der Salicylsäure bei venerischen Geschwüren. 40. Behandlung der venerischen Geschwüre mit Kalium sozojodolicum. 41. Index bibliographicus syphilidologiae 1888/89. III. Jahrgang.

1890. 42. Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen des Hydrargyrum salicylicum. 43. Anwendung des Resorcins bei Ulcus rodens. 44. Ein Fall von Pemphigus vegetans. 45. Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen, des Hydrargyrum thymolo-aceticum.

1891. 46. Vier Fälle von primären Schankern der Tonsillen. 47. Neue Erfahrungen in der Syphilistherapie. 48. Behandlung der sexuellen Neurasthenie. 49. Über Anwendung des Schwefels in der Therapie der Dermatosen.

1892. 50. Index bibliographicus syphilidologiae 1889/90. 51. Index bibliographicus syphilidologiae 1890/91.

1893. 52. Index bibliographicus syphilidologiae 1891/92. 53. Über Bromexanthem. 54. Über Jodexantheme. 55. Über hereditäre und angeborene Syphilis.

1894. 56. Über primäre syphilitische Induration und Exulceration des Pharynx und der Tonsillen. 57. Über Anwendung von Jodpräparaten in Syphilis. 58. Kann die syphilitische Frucht die Mutter infizieren?

1895. 59. Ergebnisse der Syphilisbehandlung mit tiefen Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und thymolicum.

1896. 60. Quecksilberexantheme. 61. Exantheme nach Anwendung der Balsamica.

1897. 62. Über Chininexanthem. 63. Beitrag zur Dermatitis herpetiformis Duhring. 64. Prognose des chronischen Pemphigus.

1898. 65. Pathogenese der Psoriasis. 66. Einige Fälle der Dermatitis herpetiformis Duhring. 67. Bemerkungen über Pemphigus vulgaris. 68. Bemerkungen über Pemphigus foliaceus.

1899. 69. Über den gegenwärtigen Stand der Frage über Ätiologie des Ekzems.

1906. 70. Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs.

2. **Syphilitische Entzündung der Gefäfse mit nachfolgender Gangrän,** von CZESLAW OTTO. Nach Zusammenstellung aller in der Literatur bekannter sicherer Fälle von syphilitischer Gangrän beschreibt Verfasser eingehend den eigenen Fall. Derselbe betrifft einen 36jährigen Mann, der aufser einer Erosion am Penis vor etwa 15 Jahren, jede venerische Affektion leugnet und plötzlich die Bewegungsfähigkeit in der rechten Hand verloren hat. Die Haut erscheint daselbst bis zur Hälfte des Oberarms gespannt, schwarz verfärbt, die Finger bedeutend verdickt und gebeugt. Puls rechts weder an der Radialis noch an der Ulnaris fühlbar; links regelmäfsig, voll, mäfsig gespannt, frequent; Sklerose der übrigen Gefäfse sehr schwach angedeutet. Einige Tage darauf Temperaturerhöhung bis 39°, gleichzeitig Geräusch am Spitzenstofs, Anästhesie und Analgesie im Bereiche der schwarzverfärbten Haut, die sich von der gesunden mittels einer zickzackförmigen Linie demarkiert; Schwellung und Schmerzhaftigkeit unter der Haut des Oberarms. Die Diagnose lautete auf infektiöse Endocarditis mit Embolie in der Brachialis und nachfolgender Gangrän des Oberarms und der Hand; die Spannung der Haut und die Fluktuation wurden für Folgen verschiedener lokaler Eingriffe erklärt. Eine Inzision der Phlegmone hat Entleerung einer grofsen Menge Eiters bewirkt, der Zustand blieb aber im allgemeinen unverändert. Man entschlofs sich nun zur Amputation des Oberarms in der Mitte desselben. Die Temperatur fiel sofort auf 37° und die Amputationswunde heilte in zwei Wochen. Die mikroskopische Untersuchung der amputierten Extremität liefs die Diagnose auf luetische Gangrän stellen. Es sprach dafür die Lokalisation des Entzündungsprozesses in den grofsen Gefäfsen in deren Intima, als kleinzellige Infiltration Wucherung und Vermehrung der Kapillaren und Wucherung des Endothels in denselben; dieser Prozefs überging dann allmählich auf die Media, um erst zum Schlufs auf die Adventitia überzugreifen.

3. **Ein Fall von gruppiertem punktförmigem Hautangiom und die Beziehung des Prozesses zum Angiokeratoma Mibelli,** von FELIX MALINOWSKI. Der Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, das seit zwei Jahren an einem eigentümlichen gruppierten Exanthem leidet. Die Effloreszenzen bedecken gruppenweise die Oberfläche der Flexoren der ganzen rechten oberen Extremität und des linken Oberarms. Sie erscheinen als winzige rundliche Flecke in der Gröfse von Stecknadelspitze bis Stecknadelkopf und sind teils rot, teils bläulich verfärbt, teils über das Hautniveau leicht erhaben, teils tiefer in derselben gelagert. Die einzelnen Effloreszenzen sind ziemlich scharf begrenzt, erblassen auf Druck, aber verschwinden nicht; sie gruppieren sich in Kreisen von ca. 3 cm im Durchmesser. Einzelne Gruppen berühren sich fast, andere sind mehr von einander entfernt. Der Prozefs schreitet seit zwei Jahren langsam vorwärts. Behufs anatomo-pathologischer Untersuchung wurde aus dem rechten Arm eine Gruppe exzidiert, in Formalin fixiert und in Paraffin eingebettet. Die Untersuchung ergab das Bild eines Haemangioma superficiale (cavernosum, punctiforme, systematisatum). Verfasser betrachtet diesen Prozefs für identisch mit Angiokeratoma MIBELLI, als deren Hauptsymptom die Neubildung der Gefäfse in den Papillen anzusehen sei, die auch in dem beschriebenen Falle vorhanden war. Die übrigen, beim Angiokeratom vorkommenden Erscheinungen (Hyperkeratose, Lokalisation, Ätiologie) sind keineswegs konstant und das Fehlen derselben darf nicht in passenden Fällen die Annahme eines Angiokeratoms verhindern.

4. **Beitrag zur Frage der Prostitution im Königreich Polen,** von LUDWIKA MORICONI. Verfasserin leitet seit 15 Jahren eine Verbesserungsanstalt für gewesene Prostituierte unweit von Warschau (in Piaseczna), hat während dieser Zeit 300 Prostituierte näher kennen gelernt und teilt jetzt ihre diesbezüglichen, sorgfältig gesammelten Erfahrungen mit. Sie betont das unaussprechliche moralische und

materielle Elend der Kreise, aus denen sich die meisten Prostituierten rekrutieren. Mangel jedweder Erziehung (180 unter 300 waren Analphabeten!), Mangel jedweder ethischer Grundsätze, Mangel an Arbeit, strafloses Gebahren zahlreicher Kuppler, Kupplerinnen und Mädchenhändler, schauderhafte Organisation der Sittenpolizei, — das sind die Hauptmomente, welche sehr viele Mädchen zur Prostitution treiben. Unter 300 (registrierten!) Prostituierten waren 92 unter 16 Jahre alt (39 mit 15 Jahren, 28 mit 14, 11 mit 13, 8 mit 12, 6 mit 11 Jahren!).

1907. Nr. 6.

1. **Einhundert Fälle von nach Bier behandelten Bubonen,** von Leon Wernic. Nach eingehender Erörterung der Entwicklung und der theoretischen Begründung der Bierschen Methode bespricht Verfasser über 100 Fälle von Bubonen, die er mittels dieser Methode auf der Abteilung Zeras in Warschau behandelt hat. Darunter waren 75% Folgen des weichen Schankers, 4% des Trippers, 21% der Lues (meistens Chancres mixtes).

In 86% der Fälle von Bubonen nach weichen Schankern wurde neben der Bierschen Stauung auch eine Punktion vorgenommen. Die Saugapparate wurden in der ersten Hälfte der Fälle nach den Vorschriften von Klapp angewendet, dann aber verlängerte Verfasser die Sitzungsdauer auf 2—6 Stunden mit Unterbrechungen von 1/4 Stunde nach 1/2 stündigem Saugen. Die kurzdauernden Sitzungen ergaben günstige Resultate ohne Punktion in 16% der Schankerbubonen und in 50% nach Chancres mixtes; was die punktierten Schankerbubonen anbelangt, erzielte Verfasser in 40% der Fälle Heilung, in 48% Besserung, in 8% keinen Erfolg.

Der Erfolg der langdauernden Sitzungen war günstig ohne Inzision in 84% der Schankerbubonen und in 50% der Fälle nach gemischter Infektion; nach Inzision wurden 14% geheilt, 80% gebessert, 6% sind ungebessert geblieben.

Verfasser kommt demnach zum Schlusse, daſs bei Schankerbubonen die Punktion in der Regel notwendig erscheint; bei Bubonen nach gemischter Infektion können demgegenüber die Saugapparate lange ohne Punktion angewendet werden. Die langdauernden Sitzungen geben bei Schankerbubonen ohne Inzision viel günstigere Resultate als die kurzdauernden; bei Bubonen nach gemischter Infektion wirken die kurzdauernden Sitzungen ebenso wie die langdauernden. Schickt man der Saugeinwirkung die Punktion voraus, so bekommt man bei beiden Arten der Bubonen bessere Resultate nach kurzdauernden, als nach langdauernden Sitzungen. — Die Bubonen der tiefliegenden Drüsen eignen sich nicht zur Behandlung nach Bier, sie erheischen vielmehr eine energische chirurgische Behandlung.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

September 1907. Band XIV.

1. **Ein Fall von Lepra tuberosa,** von Lurje-Kiew. Es handelt sich um einen 40jährigen, verheirateten, jüdischen Hausierer, der in verschiedenen Städten gelebt hat, aber sich anscheinend von seiner Schwiegermutter, die an ähnlichen Erscheinungen leiden soll und im Hause des Kranken lebt, angesteckt hat. In dem Nasensekret des Kranken wurden Leprabazillen gefunden. Die Familie des Patienten ist noch leprafrei. Da der Kranke einziger Ernährer der Familie ist und da die Lepra nicht als sehr infektiös anzusehen ist, glaubte Verfasser nicht das Recht zu haben, von dem Kranken den Eintritt in ein Leprosorium zu verlangen, sondern begnügte sich damit, dem verhältnismäſsig intelligenten Kranken äuſserste Vorsicht im Umgang mit der Umgebung zu empfehlen.

2. **Die Wassermann-, Neisser-, Brucksche Reaktion und die mittels derselben gewonnenen Ergebnisse,** von Terebinski. Eine literarisch-kritische Übersicht.

3. **Ein Fall von Diabetes insipidus infolge einer syphilitischen Basilarmeningitis,** von Lomowitzki-Tomsk. 14 Jahre nach der syphilitischen Infektion entwickelte sich bei einem 33jährigen Beamten im Anschlufs an eine weite Fahrt bei grofser Kälte eine basilare Meningitis und eine Diabetes insipidus, welche erst unter einer gründlichen gemischten Kur schwand.

3. **Über spezielle psychische Suggestion bei Behandlung der Impotenz,** von Rothmann-Charkow. Das Ergebnis seiner Arbeit fafst Verfasser in folgenden Sätzen zusammen:

a) Aus praktischen Gründen sind alle Fälle von sexueller Neurasthenie in schnell vorübergehende und in langwierige zu teilen.

b) Die letzteren sind in der gröfsten Mehrzahl als funktionelle Neurose anzusehen.

c) Die spezielle psychische Suggestion basiert auf einer Aufklärung der Kranken über die Physiologie der Geschlechtsfunktionen.

d) Neben der speziellen psychischen Suggestion müssen aber alle bei Behandlung der Geschlechtsschwäche üblichen Methoden in Anwendung kommen.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates, von Kollmann-Leipzig und Jacoby-Berlin. (S. Karger, Berlin 1907.) Der zweite Jahrgang bringt den Bericht über das Jahr 1906 in stark vermehrtem Umfange. Die Anordnung des Stoffes ist ebenso wie im ersten Jahrgang, neu hinzugekommen ist ein Abschnitt aus dem Gebiete der Tiermedizin von Gmeiner-Giefsen und ein Bücherkapitel. Auch ein Teil der Leistungen von 1905, die im vorigen Jahrgange keine Aufnahme mehr fanden, sind in diese neue Zusammenstellung ergänzend mit aufgenommen worden. Was nun die einzelnen Abschnitte betrifft, so sind die Referate in folgender Weise geregelt:

1. Anatomie, Jul. Vogel-Berlin.
2. Physiologie, R. du Bois-Reymond-Berlin.
3. Pathologische Anatomie, Westenhoeffer und Bruno Glaserfeld-Berlin.
4. Pathologie des Urogenitalapparates und Therapie der Erkrankungen derselben, Karewski und Heinrich Landau-Berlin, Richter-Berlin für Nieren und Harnleiter sowie nichtchirurgische Krankheiten. Die Erkrankungen der Blase und Prostata haben H. Goldschmidt-Berlin und O. Simon-Karlsruhe bearbeitet, während als Referent für Blennorrhoe und Komplikationen Nothhafft-München und für die chirurgischen Erkrankungen des Penis, der Urethra, Samenstrangs, Hoden, Nebenhoden Wossidlo-Berlin fungiert und Albert Moll die nervösen Störungen des Harn- und Genitalapparates übernommen hat. Weiter folgen R. Knorr-Berlin mit den Krankheiten der weiblichen Harnorgane, A. Albes-Berlin und E. Rosenberg-Neuenahr mit der Harnchemie, S. Citron-Berlin mit Bakteriologie und zum Schlusse Gmeiner-Giefsen mit den Erkrankungen des Urogenitalapparates der Haustiere und Hans Herrmann-Berlin mit Bücherbesprechungen.

Es handelt sich also um ein erstklassiges Sammel- und Nachschlagewerk und kann man diese Jahresberichte nur für eine wertvolle Arbeit der Herausgeber betrachten. Vivant sequentes! *Bernhard Schulze-Kiel.*

Leucoderma syphiliticum, von Alfred Brandweiner-Wien. (Franz Deuticke, Wien 1907.) In einer gröfseren Abhandlung gibt Verfasser einen genauen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage des Leucoderma syphiliticum mit Berücksichtigung der gesamten Fachliteratur. Dazu kamen zahlreiche Beobachtungen aus dem grofsen Material der Fingerschen Klinik, wo in den letzten drei Jahren 421 Fälle zur Beobachtung kamen. Das Werk zerfällt in drei Abteilungen: 1. einen historischen, 2. einen klinischen und 3. einen histologisch-ätiologischen Teil. Zwei tadellose Abbildungen illustrieren den sorgfältig durchgearbeiteten Inhalt. Die Schreibweise des Verfassers ist kurz und klar und das ganze Werk ein lesenswertes.

Bernhard Schulze-Kiel.

Folia Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane. Herausgegeben von James Israel-Berlin, Artur Kollmann-Leipzig, Gustav Kulisch-Halle, Paul Wagner-Leipzig. (Werner Klinkhardt, Leipzig 1907.) Mit diesem neuen Archiv beabsichtigen die Herausgeber eine Sammelstätte für die internationale Arbeit auf dem Gebiete der Harnorgane zu schaffen; sie haben sich dazu die Mitarbeit der internationalen Gelehrtenwelt dieses Faches gesichert. Die Veröffentlichungen geschehen in Deutsch, Französisch, Englisch und Italienisch, also in einer der vier Kongrefssprachen. Dieser Umstand dürfte — nach Ansicht des Referenten — nicht allen Lesern angenehm sein. Vermutlich ist wohl in dieser Voraussetzung jeder Originalarbeit ein kurzer, vom Autor selbst in Thesenform zusammengefafster Inhaltsauszug angehängt, der durch die Redaktion in die drei anderen Sprachen übersetzt wird. Aufser den Originalarbeiten werden durch Referenten kritische, auf persönliche Nachprüfung beruhende Übersichten gegeben, welche den Stand der internationalen Erkenntnis auf diesem Fachgebiete wiederspiegeln.

Dem im Juni herausgegebenen ersten Hefte ist im September das zweite gefolgt. Besondere Erwähnung verdienen die sehr guten, zum Teil farbigen Tafeln.

Schourp-Danzig.

Le Microorganisme de la Syphilis: Treponema pallidum (Schaudinn), von Levy-Bing-Paris. (Paris, O. Doin, 1907.) Dieses handliche kleine Buch enthält weniger eigene Untersuchungen des Verfassers, als vielmehr eine geschickte, übersichtliche Zusammenstellung der Ergebnisse der Literatur bis zum 1. Oktober 1906. Die Liste der berücksichtigten oder wenigstens erwähnten Publikationen umfafst 617 Nummern. Wenn auch seitdem noch eine recht stattliche Anzahl von Mitteilungen zu diesem Thema erschienen ist, so kann diese Arbeit Levy-Bings doch jedem empfohlen werden, der sich für das Thema interessiert. Die bedeutungsvolle Schaudinnsche Entdeckung hat so allgemein die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt erregt, dafs es freilich kaum einen Arzt geben dürfte, welcher nicht Altbekanntes genug in dem Büchlein wiederfinden wird. Auf der andern Seite wird es manchem Leser, dem die Bewältigung der Hochflut von einschlägigen Publikationen nicht möglich ist, eine sehr willkommene Hilfe bieten. Die einzelnen Kapitel behandeln aufser einem kurzen historischen Überblick die mikroskopische Technik, die Morphologie und Naturgeschichte des Treponema pallidum, den Nachweis des Treponema in den syphilitischen Läsionen, die Bedeutung der Spirochäte in bezug auf die pathologische Anatomie der Syphilis, die Wirkung der Hg-Behandlung auf den Mikroorganismus, sowie einige mehr allgemeine Schlufsbetrachtungen nebst Literaturverzeichnis und Sachregister.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über drei Pili bigemini, jedes Paar zu einem einzigen Schafte vereinigt, von S. Giovannini. (*Anatomischer Anzeiger*. 1907. Bd. XXX, Nr. 5 und 6.) Es handelt sich hier um Gruppen von je zwei Barthaaren, die nicht nur an ihrem untersten Teile, sondern auf ihrer ganzen Länge und einem guten Teile ihrer Dicke so intim mit einander verbunden sind, dafs sie nur noch ein Ganzes bilden.

C. Müller-Genf.

Neue Befunde über zusammengesetzte Haarpapillen, von Giovannini. (*Gaz. degli Osped. e d. Cliniche*. 1906. Nr. 114.) Der Verfasser hat 40 Stücke Barthaut von verschiedenen Individuen untersucht und dabei gefunden, dafs zusammengesetzte Haarpapillen gar kein so seltenes Vorkommnis sind; hat er doch solche in 14 von den untersuchten Hautstücken gefunden, in einzelnen derselben bis auf zwölf, meist allerdings weniger. Sie sind übrigens von den einfachen Haarpapillen nicht sehr verschieden. Der Hals ist von gewöhnlicher Form und Gröfse. Der Körper dagegen teilt sich gewöhnlich in drei von einander getrennte Äste, seltener in zwei, vier oder acht. Die Teilung beginnt meist unmittelbar neben dem Halse, zuweilen etwas weiter oben. Die so gebildeten Verästelungen sind zuweilen nur ganz kurz und erstrecken sich nicht über mehr denn ein oder zwei Querschnitte. Weitere Teilungen erleiden die Verästelungen nicht, stellenweise kommt aber eine solche Unterabteilung doch vor, so dafs man zwei, drei, vier sekundäre Teilungen antrifft. Die Form dieser Äste ist verschieden: fingerförmig, halbkuglig, kegelförmig usw., meist unregelmäfsig. Derartige zusammengesetzte Papillen sind meist ziemlich voluminös.

C. Müller-Genf.

Über sensible Nervenendigungen in der Haut zweier Insektivoren (Talpa europaea und Centetes ecaudatus), von Max Bielschowski-Berlin. (*Anatom. Anzeiger*. 1907. Nr. 7 und 8.) Verfasser fand in der Cutis der Schnauzenhaut verschiedener Insektivoren eigentümliche nervöse Endformationen von scharf umschriebener Lokalisation in dem mittleren, zwischen den Nasenlöchern gelegenen Bereich, welche er für Tastzellen hält zur Vermittlung thermischer Reize. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mikroskopische Technik.

Dermatohistologische Technik der Unnaschen Färbemethoden für den Praktiker, von Heinr. Dreuw-Hamburg. (*Med. Klinik*. 1907. Nr. 27—28.) Verfasser bespricht kurz im Zusammenhang die Theorie und Praxis der von der Hamburger dermatologischen Schule gröfstenteils eingeführten und angewandten Färbemethoden. Der Gang einer dermatologischen Untersuchung wird in einer, dem Verfasser eigenen, klaren und präzisen Weise systematisch besprochen. Es folgen nacheinander kurze Kapitel über Gewinnung des Materials, Vorbereitung des Hautstückchens bis zum Färbeakt, das heifst bis zum fertigen Mikrotomschnitt, Färbeakt bis zur Einbettung des Schnittes in Kanadabalsam, mikroskopische Untersuchung der gefärbten Präparate. Die Arbeit schliefst mit Beschreibung der Unnaschen Epithelfaserfärbung. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bakteriologie.

Beitrag zum Studium des Gonococcus, von Th. Vannod-Bern. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 1 und 2.) Die umfangreiche Arbeit beschäftigt sich 1. mit den für den Gonococcus günstigen Nährmedien — als bestes wird die bekannte Mischung von Agar und Ascites-Flüssigkeit (nach Kiefer-Wertheim) bezeichnet —, 2. mit dem Wachstum des Gonococcus auf gewöhnlichem Agar, welches Medium auch nach V.s Untersuchungen für sich allein von zweifelhafter Bedeutung für den Gonokokkennachweis ist. Im Anschluſs hieran wurde auch nachgeprüft, ob der Gonococcus ein rein aërober Mikroorganismus ist, oder ob er zu seinem Wachstum des Luftzutritts entraten kann: es ergab sich, daſs bei Luftabschluſs die Reinkulturen nach einer Stunde schon abgetötet waren; die Angaben von Neisser und Scholtz, es finde auch unter anaëroben Bedingungen eine geringe Entwicklung statt, fanden sich also nicht bestätigt. Das 3. Kapitel der Arbeit beschäftigt sich mit den Immunisierungsversuchen an Tieren, für die bekanntlich der Gonococcus nicht infektiös, sondern nur toxisch ist. V. bediente sich zur Immunisierung des Gonokokken-Nukleoproteids, nachdem schon von anderen Forschern die Immunisierung durch das spezifische Nukleoproteid bei Pest, Milzbrand, Cholera an Tieren festgestellt worden ist. V. wandte bald den intravenösen, bald den subcutanen oder intraperitonealen Weg zur Immunisierung von Kaninchen an und es ergab sich wenig Unterschied bezüglich dieser drei Methoden. Das von diesen Kaninchen entnommene Serum hat alle Tiere, welchen vorher eine tötliche Dosis von Nukleoproteid injiziert worden war, gesund erhalten, während die mit letzterem, aber ohne Serum behandelten Kaninchen sämtlich zugrunde gingen. Das Gonokokkenserum ist kein wahres antitoxisches Mittel, sondern es hat nur, wie das Typhusserum u. a., eine gewisse antitoxische Wirkung; es verursacht eine Verbindung mit dem durch das Nukleoproteid gebildeten Endotoxin und neutralisiert das letztere im Tierkörper. Um schlieſslich den spezifischen Wert des gewonnenen Gonokokkenserums festzustellen — 4. und letztes Kapitel der Arbeit Vannods — untersuchte er 1., ob das Serum in Berührung mit dem lebenden Gonococcus gebracht, die Erscheinung der Agglutination zeige und 2. ob es für den Gonococcus spezifische Ambozeptoren enthalte. Während erstere Probe, welche nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nur eine sekundäre Rolle spielt und als Begleiterscheinung der Immunisierung anzusehen ist, insofern kein einwandfreies Resultat ergab, als das Serum auch auf Reinkulturen des Meningococcus intracellularis agglutinierende Wirkung ausübte (Gruppenagglutination), lehrte die zweite — Nachweis von Ambozeptoren für den Gonococcus — in einwandfreier Weise die Spezifität des Serums. Dieses Resultat hat auch groſse Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen Gono- und Meningococcus: Meningokokkenaggressine, dem Serum beigefügt, hindert in keiner Weise das Auftreten von Hämolyse und ebenso nicht Gonokokkenaggressine für das Meningokokkenserum. Der interessanten und fleiſsigen Arbeit ist ein Literaturverzeichnis (über 88 Nummern) beigefügt.

Stern-München.

Studium über den Gonococcus. Erste Mitteilung von A. Bruschettini und L. Ansaldo. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 6.) Verfasser beschäftigten sich mit den für die Entwicklung des Gonococcus geeignetsten Nährböden und fanden, daſs bei Zusatz von defibriniertem Blut zu gewöhnlicher, nicht glycerinierter Bouillon im Verhältnis von einem Tropfen zu 10 ccm eine sehr üppige und dazu sehr rasche Entwicklung (zwölf Stunden) ergibt; dieselbe wird noch viel üppiger und schneller, wenn man diesem Mittel noch einen Tropfen frischen Eiweiſses oder Eigelbs hinzufügt. Bouillon-Blut-Eiweiſs, Bouillon-Blut-Eigelb und Bouillon-Eiweiſs empfehlen Verfasser

daher als die besten flüssigen Mittel zum Studium des Gonococcus; von den festen Nährmitteln ergaben die besten Resultate (schon nach 18 Stunden reichliche Entwicklung mit den bekannten typischen Formen): glyc. Agar und Milch, glyc. Agar und Serum, glyc. Agar und Blut. Den beiden Untersuchern gelang es, bei ihren weiteren Experimenten ein Aggressin für ihren Gonococcus zu erhalten, das nicht allein die Entwicklungsperiode der Krankheit abkürzte, sondern auch den Tod verursachte, wenn es mit Kulturen eingeimpft wurde, die an und für sich unfähig waren, das Tier zu töten. Nähere Beschreibung dieser Versuche behalten sie einer späteren Arbeit vor. *Stern-München.*

Über die Kultur der Gonokokken, von Nakao Abe. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 7.) Verfasser hat beinahe alle bis jetzt beschriebenen Nährböden auf ihre Brauchbarkeit zur Züchtung von Gonokokkenkulturen geprüft und ist zu dem Resultat gekommen, dafs der Gonococcus auf allen den Nährböden genügend sicher wächst, welche, den Angaben Wertheims entsprechend, unkoaguliertes Serumalbumin, sowie Pepton enthalten. Abe selbst hat sich lange Zeit bemüht, durchsichtigen, brauchbaren Gonokokkennährboden herzustellen und fand schliefslich, dafs das Fleischwasserfiltrat ebensogut anwendbar ist, wie Menschenblutserum, Eigelb und Schweineblutserum. Das Fleischwasserfiltrat wird in folgenderweise hergestellt: 500 g fettfreien Rindfleisches werden fein zerkleinert und darauf mit der doppelten Menge — 1000 ccm Leitungswassers 18—24 Stunden lang im Eisschrank stehen gelassen; nach Filtrierung (durch Chamberland) erhält man eine klare, keimfreie, rötliche Flüssigkeit, die ohne Veränderung längere Zeit aufbewahrt werden kann. Nach drei bis vier Wochen verliert sie an Frische, ohne jedoch ihre Eigenschaft als Nährboden merklich einzubüfsen. Zu Kulturzwecken wird sie in Mischung mit festen oder flüssigen peptonhaltigen Nährböden benutzt. Die zweckmäfsigste Mischung des Fleischwasserfiltrats mit 2%igem Agar gibt Verfasser schliefslich in genauer Weise an. Dieser Fleischwasserfiltrat-Agar ist immer ganz klar; die Gonokokken entwickeln sich ohne Ausnahme bei 37° C. schon nach 18 Stunden als makroskopisch sichtbare, hellgraue, kleine typische Kolonien. *Stern-München.*

Über Spirochätenbefunde in spitzen Kondylomen, von A. Dreyer-Cöln. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) (Mit Abbildung.) Die Mitteilung von Schaudinn und Hoffmann über das Vorkommen von Spirochäten in spitzen Kondylomen hat nur gelegentlich Bestätigung gefunden, während andere diesbezügliche Untersuchungen (Fränckel) negativ ausgefallen sind. Verfasser hat zunächst im Sekret und im ausgeprefsten Gewebssaft der (exstirpierten) Kondylome reichlich Spirochäten vom Typus der Refringens gefunden. Im Schnitt fand er zunächst bei zwei Fällen keine Spirillen; später lieferten drei weitere Fälle ein positives Ergebnis, wenn auch selbst bei diesen die Zahl der nachgewiesenen Parasiten oft freilich sehr klein war. Verfasser hält es zum wenigsten für wahrscheinlich, dafs die Spirochäte die Ursache der spitzen Kondylome sei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spirochätenähnliche Spiralfasern (sogenannte Silberspirochäten) im Gewebe eines Schweinefoetus, von Saling-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 4.) Der bekannte Gegner der Lues-Spirochätentheorie benutzt den von Karlinski beobachteten Fall, wo die „in Frage stehenden Spiralgebilde“ im fötalen Gewebe myriadenweise vorhanden waren, um seine Theorie, dafs es sich bei den Silberspirochäten nur um Artefrakte handelt, noch mehr zu festigen und sicherzustellen. In den Gefrierschnitten des mit Silber imprägnierten Materials liefsen sich die sogenannten „Silberspirochäten“ myriadenweise erkennen und sie stimmen mit den sogenannten „Lues-Silberspirochäten“ nicht nur in Gröfse und Form, sondern auch hinsichtlich ihrer Verteilung im Gewebe genau überein, ohne dafs irgend eine Krank-

heit des Muttertieres oder speziell eine Spirillose nach dem klinischen oder mikroskopischen Befund vorhanden gewesen wäre. Auch HOFFMAN habe sich zu SALINGS Befriedigung bei Besichtigung des KARLINSKIschen Präparates dahin geäufsert, dafs sich „im Lumen eines Gefäfses Gebilde fänden, die zweifellos als von der Spirochaeta pallida im Silberpräparat nicht unterscheidbare Spirochäten gedeutet werden müfsten". Der KARLINSKIsche Fall zeige also, dafs die sog. Silberspirochäten im Gewebe weder mit Lues noch mit einer Spirillosekrankheit etwas zu tun haben, dafs solche Artefakte besonders leicht im fötalen Gewebe entstehen und zwar um so eher und reichlicher, je stärker die Maceration usw. ist. In einem Nachwort beschäftigt sich S. noch mit einer Arbeit von SCHMORL über die Färbung der Spirochäten und scheint bei dieser Gelegenheit doch zuzugeben, dafs bei Lues die Pallida vorkommt, wenn auch nur auf Hautaffektionen und regionäre Drüsen beschränkt; sie treten aber immer in Begleitung anderer Bakterien auf, weshalb es unverständlich erscheine, den Spirochäten im Gegensatz zu anderen Saprophyten eine besondere Stellung einzuräumen. In den hochinfektiösen inneren Organen eines durch keine Mischinfektion tangierten luetischen Körpers hingegen wie z. B. in den Organen frisch geschlachteter luetischer Affen konnte bisher die Spirochaeta pallida nicht wahrgenommen werden, weshalb man auch nicht berechtigt sei, die Spirochäte als Syphiliserreger anzusprechen.

Stern-München.

Die praktische Durchführung des Nachweises der Spirochaeta pallida im grofsen Krankenhausbetrieb, von ED. ARNING und C. KLEIN-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 37.) Als das Endergebnis dieser an mehr als 700 Patienten des Hamburger Allgemeinen Krankenhauses ausgeführten eingehenden Untersuchungsreihe ist der Schlufs zu ziehen, dafs mit den heutigen Mitteln es sehr wohl möglich ist, jeden Fall von Syphilis im praktischen Betriebe zur Sicherung der Diagnose auf Spirochäten zu untersuchen, und dafs dem Ausfall dieser Untersuchung, sei es im positiven, sei es im negativen Sinne, mit wenigen Ausnahmen pathognostische Beweiskraft beizulegen ist. Was die Untersuchungstechnik betrifft, so haben Verfasser das PREISsche Verfahren durchaus bewährt gefunden. Von Wichtigkeit ist es, eine kleine Blutbeimischung zu dem zu prüfenden Gewebssaft zu erhalten. Manchmal gelang der Nachweis von Spirochäten bei tieferem Einstechen in die syphilitischen Läsionen, nachdem ein oberflächlich entnommenes Material ein negatives Resultat ergeben hatte. Sehr zweckmäfsig erwies sich die neuerdings von SIEDENTOPF angegebene Dunkelfeldbeleuchtung. Ein nützlicher kleiner Kunstgriff ist es, zur Verhütung des Auslaufens der Farbflotte einen dicken Querstrich mit dem Fettstift über den Objektträger etwa $1^1/_2$ cm vom Ende desselben zu ziehen. Man erkennt damit auch zugleich an dem Ablösen des Fettes eine etwaige zu starke Erwärmung.

Über den Ausfall der Untersuchungen sei kurz folgendes bemerkt: Bei 182 Primäraffekten war das Resultat achtmal negativ; dieses Verhalten ist aber vollauf erklärt durch den Umstand, dafs bei diesen Fällen eine mehr oder minder intensive Behandlung schon stattgefunden hatte. Unter einigen 300 untersuchten Papeln lieferten kaum ein Dutzend ein negatives Resultat. Die Tertiärprodukte verhielten sich negativ. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida, von L. TÖRÖK und M. SCHATTELESZ-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1907. Nr. 30.) Die zu untersuchende Läsion wird mit Seife, Alkohol und Äther gut abgerieben, sodann wird ein in Salzlösung getauchter Tampon einige Minuten aufgedrückt. Die Salzlösung stillt die Blutung und ruft eine starke seröse Exsudation hervor, in welcher die Spirochäten in grofser Anzahl vorhanden sind. Das ausgeschiedene Serum wird in sterilen Kapillarröhren aufgefangen und kann eventuell aufgehoben werden. Die Färbung geschieht wie

folgt: Auf eine Eprouvette 55—60° C. Wasser kommen 40 Tropfen GIEMSAsche Lösung. Das Präparat wird bei der Färbung vorsichtig erwärmt, und die Färbelösung 5—6mal erneuert. *B. Kollarits-Budapest.*

Spirochaeta pallida in Ausstrichen formalinfixierter Organe, von A. ZABEL. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 20.) Verfasser konnte in Abstrichen formalinfixierter Organe Luetischer die Spirochaeta pallida relativ leicht nachweisen; ihre Menge korrespondierte mit dem Befund bei der Versilberung des Organs, war aber wesentlich geringer als im Schnitt. Die Spirochaeta pallida zeigen dabei eine gewisse Verbreiterung des Leibes und eine erhöhte Färbbarkeit, so dafs sie auch mit den einfachen Anilinfarben in verstärkter Anwendung leicht und wohlgefärbt darstellbar sind. Die Ursache dafür sieht Verfasser in der Vermeidung des absoluten Alkohols und in der Einwirkung des Formalins. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Färbung der Spirochaeta pallida im Schnittpräparat nach GIEMSA, von G. SCHMORL-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 22.) Die Ursache, weshalb an Schnittpräparaten die GIEMSAsche Färbung mifslingt, ist nach S. zweifelsohne darin zu finden, dafs das umgebende Gewebe den Farbstoff so begierig aufnimmt, dafs eine Differenzierung der Spirillen nicht möglich wird. Um dem zu begegnen, hat Verfasser eine Entfärbung der Schnitte in konzentrierter Kalialaunlösung angewandt und bei zwei Untersuchungsobjekten ein positives Resultat erhalten. Beeinträchtigt wird die Färbung durch ein längeres Aufbewahren des Materials in Formalin und namentlich in Alkohol. Über die genaueren Einzelheiten des Färbeverfahrens möge im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beobachtungen über Beweglichkeit und Agglutination der Spirochaeta pallida, von ZABOLOTNY und MASLAKOWETZ. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 44, Heft 6.) Mit fünf Figuren. Die Erscheinungen, welche Verfasser hier beschreiben, dünken ihnen sehr überzeugend für den mikrobischen Charakter und die spezifische Bedeutung der Syphilis-Spirochäten. Durch den BIERschen Absaugeapparat ist es vor allem gelungen, (von der Oberfläche der Ulcera indurata oder Papeln) Spirochäten in bedeutender Menge zu erhalten. Es wurde an diesem Material beobachtet, dafs die Spirochäten anfangs sehr lebhafte, charakteristische Bewegungen ausführen (sich um ihre Achse drehen und schlängeln). Nach Zugabe von physiologischer Lösung zu dem Untersuchungsmaterial können die Spirochäten in suspendiertem Zustand einige Tage lang (bis zu einer Woche) erhalten werden. In Gegenwart von Serum von Personen, welche längere Zeit an Syphilis litten, ist die höchst charakteristische Erscheinung der Agglutination der Spirochäten zu beobachten; eine vollständige Agglutination tritt nach drei bis vier Stunden ein und bei weiterem Verbleiben der Spirochäten im agglutinierenden Serum erleiden sie grofse Veränderungen: die Knäuel verwandeln sich in körnige Klumpen usw. Wenn auch noch weitere Untersuchungen in der eingeschlagenen Richtung folgen sollen, so stehen Verfasser nicht an, die beobachtete Erscheinung (der Agglutination) als spezifisch zu betrachten und in derselben ein wichtiges Hilfsmittel zum Studium der Immunität gegen Syphilis zu sehen. *Stern-München.*

Hygiene.

Wo werden die venerischen Krankheiten erworben, was geschieht dagegen und was sollte dagegen geschehen? von GEORGES HEBERT. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 464.) Der modernen Reglementierung der Prostitution mifst Verfasser nur einen ganz geringen Wert bei. Für eine Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten verspricht er sich am meisten von einem Verbot der Kurpfuscherei und von Volksaufklärung. *Fritz Loeb-München.*

Über die Geschlechtskrankheiten und die Regelung der Prostitution vom sozialhygienischen Standpunkt, von Paul Emile Morhardt. (*Thèse de Paris.* 1906. Nr. 345.) Diese 216 Seiten umfassende aufserordentlich gründliche Arbeit, der nicht weniger als 15 Seiten Literaturangaben beigegeben sind, sei der Beachtung in hohem Mafse empfohlen. Zu einem kurzen Referat ist sie nicht geeignet.

Fritz Loeb-München.

Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs, von F. Regnault-Paris. (*Internat. med. Revue.* 1907. Nr. 1.) Die Stadtverwaltung von Paris geht mehr und mehr zu einem Mittelsystem zwischen Reglementarismus und Abolitionismus über, indem sie sogenannte offene Häuser konzediert. Die Prostituierten mieten sich in diesem Zimmer mit oder ohne Verpflegung, sind aber im übrigen frei und vom Vermieter nicht weiter abhängig. R. rühmt die aufserordentlich guten Resultate, die er mit diesem Verfahren bereits in Marseille gemacht habe. Weitere Neuerungen sind vom Munizipalrate dahin geplant, dafs die polizeiliche Einschreibekarte durch eine Gesundheitsbescheinigung durch ein Polizeihospital oder ein Sanatorium zu ersetzen sei. Dadurch tritt an Stelle der entehrenden und demoralisierenden Kontrolle der Prostituierten durch die Polizei die mildere Form ärztlicher Aufsicht.

Carl Schramm-Dortmund.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, von S. Gross-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1907. Nr. 14.) Die hier gemachten Vorschläge entsprechen in ihren Grundzügen dem von Blaschko in seinem Buche „Hygiene der Prostitution und der venerischen Krankheiten“ vorgeschlagenen System, wie es bereits mit geringen Abweichungen in Dänemark, Schweden usw. zur Einführung gelangt ist.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (*Med. Blätter.* 1907. Nr. 20.) Referiert über die Verhandlungen der konstituierenden Versammlung Wiener Ärzte zur Errichtung einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Carl Schramm-Dortmund.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom sexual-ethischen Standpunkte, von A. Stöhr. (*Wien. klin. Rundsch.* 1907. Nr. 30.) Das Problem der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat eine äufsere und eine innere Seite. Die äufsere besteht in den Infektionen, welche durch Geschlechtsverkehr erworben werden, mit den körperlichen Folgen für die Infizierten und ihre Nachkommen, mit den ökonomischen Schädigungen der Infizierten, ihrer Familie und des Staates durch den Verlust an Arbeitskraft. Die innere Seite des Problems stellt die Aufgabe dar, die Entwicklung des Geistes, des Gemütes und des Körpers so zu gestalten, dafs ein psychisches und physisches Gegengewicht gegenüber sexuellen Überentwicklungen und Frühzeitigkeiten geschaffen und damit einer fortschreitenden seelischen Verarmung eines Teiles der Menschheit vorgebeugt werde. *Schourp-Danzig.*

Zur sexuellen Aufklärung der Kinder, von S. Freud-Wien. (*Soz. Medizin u. Hygiene.* Bd. II, Nr. 6.) Dieser an den Herausgeber der Zeitschrift gerichtete offene Brief enthält manches, das der Beachtung weiterer Kreise wert wäre. Mit Recht verteidigt Verfasser vor allem den Standpunkt, dafs die ganze sexuelle Frage viel von ihren Schattenseiten und Auswüchsen verlieren würde, wenn die ganze Sache zur angemessenen Zeit der heranwachsenden Jugend beiderlei Geschlechts sachgemäfs als ein natürlicher Vorgang naturwissenschaftlich dargelegt würde, anstatt dafs die Kinder, wie jetzt fast immer der Fall ist, aus den mehr oder weniger rohen Berichten und Andeutungen ihrer älteren Genossen unklare und durch ihre Schleierhaftigkeit erregende Vorstellungen eingeimpft bekommen. Der richtige Weg wird der sein, dafs man zunächst den Kindern, sobald sie die nötige Reife dafür haben, den Vorgang

der Fortpflanzung im Pflanzen- und Tierreich klarlegt und schliefslich darauf hinleitet, dafs der analoge Vorgang beim Menschen auch stattfindet. Dabei ist der altchristliche Standpunkt von der Sündhaftigkeit der Fleischeslust, d. h. des Fortpflanzungstriebes (ab iniquitatibus mater mea me concepit. Ref.), entschieden zu verwerfen; nur jegliche Ungesetzlichkeit in der Befriedigung des Triebes ist zu brandmarken. Eine solche Aufklärung möchte F. am Schlusse des Volksunterrichts (und vor Eintritt in die Mittelschulen) event. auch zur Zeit der Konfirmation offiziell in den Schulen eingeführt sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Welche Stellung hat der Arzt zur Frage der sexuellen Aufklärung der Kinder zu nehmen? von Albert Moll - Berlin. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 16—17.) Die sexuelle Aufklärung des Kindes ist nach Verfasser aus hygienischen, ethischen, forensischen und sozialen Gründen wünschenswert. Jedes Alter des Kindes ist hierfür geeignet, die Aufklärung mufs aber immer dem Begriffsvermögen des Alters angepafst sein. Die allgemeine Aufklärung über sexuelle Funktionen kann sehr wohl im naturwissenschaftlichen Unterricht stattfinden, die auf das Individuum einwirkende Aufklärung wird aber besser durch eine vom Vertrauen des Kindes getragene Person erfolgen. Doch darf es nicht vergessen werden, dafs die sexuelle Aufklärung auch ihre Gefahren hat; sie darf deshalb nur von den dazu geeigneten Vertrauenspersonen gegeben werden, und wo solche fehlen, lasse man lieber die Aufklärung sein. Notwendig ist unter allen Umständen, dafs diejenigen, für die heute das Recht und die Pflicht aufzuklären gefordert wird, zuerst selbst erst erzogen und aufgeklärt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Gesetzliche Eheverbote für Kranke und Minderwertige, von M. Markuse-Berlin. (*Soz. Medizin u. Hygiene.* Bd. II, Heft 2.) Die Frage von der Berechtigung des Staates zu gesetzlichen Eingriffen in das persönliche freie Verfügungsrecht des einzelnen bei der Eheschliefsung, abgesehen noch von den schon bestehenden, im Bürgerlichen Gesetzbuch genehmigten Bestimmungen, ist eine sehr diffizile. Auf der einen Seite sieht der Arzt (man möchte sagen: täglich) Fälle, bei denen erbliche Krankheiten, Geistesstörungen, Tuberkulose, Syphilis, ferner Blennorrhoe und Alkoholismus in der ganzen Familie ihre unheilvolle Wirkung ausüben derart, dafs man geradezu nach Gesetzen schreien möchte, um das Entstehen solcher Zustände, wenn irgend möglich, zu verhindern. Andererseits sieht man, wie Verfasser auch an Beispielen erläutert, auch eine Regenerierung dekadenter Familien durch Eingehen einer Ehe mit einem neuen gesunden Stamme. Vor allen Dingen ist aber ein Schutz gegen die Ausbreitung venerischer Erkrankungen beim Eheschliefsen anzustreben und wohl am ehesten zu ermöglichen. M. schlägt als Ausweg vor, es solle ein Gesundheitsattest der Eheschliefsenden ebenso gesetzmäfsig gefordert werden, wie die Geburtsurkunde und andere Ausweise; wenn aber die Ehekandidaten die Ehe eingehen wollen, auch trotzdem der eine Teil, oder beide, notorisch gesundheitlich defekt ist, so soll ihnen auch hierzu die Möglichkeit gegeben sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Gefahrsignale der Haut, von J. Duncan Bulkley-New York. (*Journ. americ med. assoc.* Bd. 48, Nr. 21.) Allgemeine symptomatologische Bedeutung der Hautkrankheiten und Beziehung der Hautleiden zu inneren Krankheiten.

Schourp-Danzig.

Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medizinischen Quarzlampe und des Finsen-Apparates, von Paul Wichmann-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 28.) W. hat durch eine

Reihe von Versuchen festgestellt, dafs das Licht des Finsen-Reyn-Apparates eine wesentlich stärkere Tiefenwirkung besitzt als das Licht der medizinischen Quarzlampe; dagegen hat dieses eine gröfsere Oberflächenwirkung als das Finsenlicht. Von der Idee ausgehend, dafs durch die starke Lichtentzündung, die das kurzwellige Ultraviolett der Quarzlampe an der Oberfläche erzeugt, vielleicht die Passage der tiefergehenden Strahlen gehindert wird, hat W. die Versuche unter Benutzung eines die kurzwelligen ultravioletten Strahlen absorbierenden Filters wiederholt; als solcher diente Methylenblaulösung 1:10000, die mittels des Kromayerschen Mischapparates der durch die Quarzlampe strömenden Spülflüssigkeit beigemengt wurde. Die Versuche hatten nun das umgekehrte Ergebnis, die Strahlen der Quarzlampe entfalteten eine viel stärkere Tiefenwirkung als das Finsenlicht. Es steht demnach zu erwarten, dafs auch bei tiefgreifenden Hautaffektionen das Licht der Quarzlampe an Wirksamkeit das Finsenlicht bei weitem übertreffen wird, wenn ein das kurzwellige Ultraviolett zum gröfsten Teile absorbierender Filter zur Anwendung gelangt und die Finsenschen Grundsätze betreffend Kompressen und Kühlung berücksichtigt werden. *Götz-München.*

Über Exsudatzellen bei der akuten septischen Entzündung des Bindegewebes, von Karl Ziegler-Breslau. (*Centralbl. f. allg. Pathol. usw.* Bd. 18, Nr. 8.) Verfasser gelangte bei seinen am Albinokaninchen vorgenommenen Untersuchungen, wobei als entzündungserregendes Mittel das konzentrierte elektrische Bogenlicht einer Finsen-Reyn-Lampe bei Ausschlufs von Wärmewirkung zur Anwendung kam, zu folgenden Ergebnissen: In den ersten 15 Stunden sind im Entzündungsgebiet erscheinende Zellen als aus der Bluthahn stammende Elemente aufzufassen, und zwar gleichen sie völlig den im Blut nachweisbaren Formen. In gröfserer Zahl treten zuerst die kleinen rundkernigen Lymphocyten auf, die sich dann im Gewebe durch Vermehrung des Granoplasmas zu sog. grofsen Lymphocyten (Polyblasten Maximows) umwandeln. Sie werden in den frühesten Stadien hauptsächlich mit dem starken, fibrinreichen, entzündlichen Exsudat aus den Gefäfsen mechanisch ins Gewebe hineingeschwemmt; nur zum kleinen Teil ist ihr Erscheinen zu erklären durch aktive Auswanderung, die aber in allen Stadien und in den späteren anscheinend häufiger beobachtet werden kann. Die granulierten Leukocyten, die zunächst gleichzeitig mit den Lymphocyten vorwiegend passiv ins Gewebe gelangen (mangelnde amöboide Bewegungen), treten, wie in der Blutbahn, gegenüber den Lymphocyten etwas zurück. Erst später wandern sie immer zahlreicher aktiv aus und überwiegen schliefslich im Gewebe ganz erheblich. *Stern-München.*

Dermatitis aus äufseren und Dermatitis aus inneren Ursachen, von A. J. Harrison-Bristol. (Long Fox Lecture, J. W. Arrowsmith, Bristol 1906.) Verfasser gibt einige Beispiele von Dermographie, welche er auf interne Störungen als Grundursache zurückführt, ferner von Dermatitis venenata als Wirkung von Primula obconica, von Rhus toxicodendron, von Tagetes (Goldblume), Arnica usw. Des weiteren erwähnt er die toxische Wirkung mancher Raupen und legt dar, dafs bei Pityriasis rubra stets ein Prodromalstadium von allgemeinem Unwohlsein dem Hautleiden vorangehe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Wirkungsweise der „Scharlachöl"-Injektionen B. Fischers bei der Erzeugung carcinomähnlicher Epithelwucherungen, von Oscar Wyss-Zürich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) W. hat im Jahre 1906 (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. 49) darauf hingewiesen, dafs nach seinen Untersuchungen die Ursache für die schrankenlose Teilung der Epithelzellen, d. h. für die Entstehung kleiner Hautcarcinome, in der vollständig mangelnden Ernährung einer Epithelzellengruppe mit Blut (Blutserum usw.) zu suchen ist. Auch die carcinomähnlichen Epithelwucherungen, die Fischer und andere durch Scharlachölinjektionen an Kaninchenohren erzeugten,

kommen nach W.s Anschauung dadurch zustande, daſs das injizierte Öl das Epithel von der normalen Ernährung mit Blut auf mechanischem Wege ausschlieſst; sie stellen nicht, wie FISCHER aunimmt, den Effekt einer spezifischen chemischen Einwirkung dar. Dagegen spricht insbesondere der Umstand, daſs FISCHER Neubildungen im Epithel auch nach Injektion mit Kalk versetzten Agars beobachtet hat, und daſs keine Epithelwucherungen entstehen, wenn das Scharlachöl nicht unter hohem Druck steht und das Bindegewebe zwischen Epithel und Perichondrium nicht prall mit Injektionsmasse angefüllt wird. *Götz-München.*

Autointoxikation und Hautkrankheiten, von SIEGFRIED GROSZ-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1907. Nr. 35 u. 36.) Zusammenfassende Darstellung der von einzelnen Autoren in der Literatur veröffentlichten Arbeiten und Hypothesen. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Zur Klinik und Ätiologie der nekrotisierenden Stomatitisformen, von G. SCHERBER-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 11. Juli 1907. Nr. 28.) Verfasser berichtet, zum Teil sehr ausführlich, über die klinischen Erscheinungen und den bakteriologischen Befund bei einer Reihe von Stomatitiden, welche insofern allerdings ein gemeinsames Merkmal aufweisen, als bei allen irgendein Grundleiden den Ausbruch der Mundaffektion herbeiführte. Bakteriologisch fand man meist grampositive, anaerobe Bakterien und bei Färbung nach LEVADITI vielfach Spirochäten. Therapeutisch erwies sich demgemäſs das Wasserstoffsuperoxyd als Pinselung und als Mundwasser als das wirksamste Mittel. Fall I betraf einen 28jährigen Elektriker mit Leukämie; die Mundaffektion schloſs sich an eine gröſsere Gabe Kalomel, welche wegen hartnäckiger Obstipation gegeben worden war, an. Nr. II war ein auch zur Sektion gelangtes Kind mit Masern und typischem Noma; in den tieferen Partien der erkrankten Schleimhaut fanden sich massenhaft Spirochäten und leicht gebogene, grampositive Bakterien mit verjüngten Enden und deutlich segmentierter Färbung des Zelleibes. Ferner wird über eine junge Frau berichtet, die sich versehentlich Salmiakgeist statt Glycerin als Klistier applizierte und im Anschluſs daran eine starke Stomatitis akquirierte. Über Stomatitis mercurialis und über einen Fall, der als Stomatitis infolge von Herpes menstrualis gedeutet werden könnte, wurden auch einige Bemerkungen gemacht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine Gefahr des Benzins zu Reinigungszwecken bei der Hautdesinfektion, von E. SENGER-Krefeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 38.) Mit dem Benzin als Hautreinigungsmittel muſs man vorsichtig sein im Gesicht, Nasengegend und bei zarten Kindern, für die Benzin ein heftiges und ganz plötzlich wirkendes Mittel ist, wie Verfasser in mehreren Fällen beobachtete.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd, von WALTHER NEUMANN. (Dissertation, Rostock 1907.) In dieser fleiſsigen Arbeit berichtet Verfasser zunächst über die bisher in den verschiedensten Gebieten der Medizin mit Wasserstoffsuperoxyd gemachten sehr günstigen Erfahrungen, um dann nach einer Erörterung des Wesens der Stomatitis mercurialis über die auf der Station der Rostocker Universitätspoliklinik für Hautkranke gemachten diesbezüg-

lichen Erfahrungen Bericht zu erstatten. Die Erfahrungen waren sehr günstige. NEUMANN bezeichnet das Wasserstoffsuperoxyd als das für die Behandlung der Stomatitis mercurialis zu erreichende Ideal: ein Mittel, das wir in einer das Wachstum der Bakterien aufhebenden Konzentration in den Mund bringen können, ohne gleichzeitig die Mukosa zu reizen, ohne dem ohnehin von erheblichen Schmerzen gepeinigten Patienten neue Schmerzen zu bereiten, ein Mittel, dessen Geschmack nicht unangenehm empfunden wird, das nicht ätzend wirkt und noch dazu gänzlich ungiftig ist, so dafs man den Patienten grofse Quantitäten ohne Bedenken überlassen kann. Das gewöhnliche H_2O_2 wirkt ebenso gut wie das reine MERCKsche Präparat. Angeführte Beispiele zeigen, dafs sich bestehende merkurielle Stomatitis rasch, schonend und angenehm heilen, beginnende oder drohende verhüten läfst, wenn man energisch mit Wasserstoffsuperoxyd $^1/_4$—$^1/_2$ stündlich gurgeln und spülen läfst.

Fritz Loeb-München.

Zu dem Schrifttume über den Condom, von C. E. HELBIG-Radebeul. (*Reichs-Med.-Anzeig.* 1907. Nr. 21/22.)

I. **Ein weiblicher Condom im Altertume.** ANTONINUS LIBERATIS gibt auf Grund einer unbekannten Quelle die Sage von MINOS, König von Kreta, in der Fassung wieder, dafs es sich nicht um Vorbeugung, sondern um eine Herbeiführung der Schwängerung und um Schutz vor Ansteckung handelte. MINOS entleerte seinen durch giftiges Getier gefährlichen Samen in ein anderes, durch den Condom geschütztes Weib, um sodann, ehe sich die Tiere wieder entwickeln konnten, die Pasiphaë zu beschlafen.

II. **Ein weiblicher Condom in der Gegenwart.** Den Gedanken, das Weib bei der Begattung durch eine in die Scheide eingeführte, nicht dem männlichen Gliede übergestülpte Hülle zu schützen, hat WEISL (*Allgem. Wiener Med.-Zeitung*, 26. Nov. 1895) wieder aufgegriffen. Das von ihm angegebene Gerät ist noch im Handel käuflich.

III. **Der Condom der Renaissance.** Das Präservativ GABRIELLO JALLOPIOS war ein mit Guajaksägemehl-Infuso-Dekokt bestrichenes Leinwandläppchen.

IV. **Der Erfinder und der Stoff des Condoms.** Die Erfindung des Condoms wurde in England gemacht. Als Stoff dienten tierische Häute, wohl zuerst Schwimmblasen, später und noch jetzt Blinddärme. Seit 50 Jahren wird die tierische Haut mehr und mehr durch Kautschuk verdrängt. Die sog. Goldschlägerhaut-Condoms sind wohl die gewöhnlichen Cöcalcondome.

V. **Einige Ersatzmittel des Condoms.** Zur Vorbeugung der Empfängnis wurden in die Scheide metallene Kugeln eingeführt. CASANOVA benutzte solche von Gold. Eigentümlich berührt in einer Schrift des XVIII. Jahrhunderts die anscheinende Herbeiziehung der Alkalinität des Scheidenschleims und der antipathischen Kraft des Goldes.

VI. **Wirkung des Condoms.** Hinsichtlich der Beeinträchtigung des Geschlechtsgenusses sind die Meinungen geteilt. Keinesfalls wird die Frau imstande sein, ein faltenlos übergestülptes Condom mit dem geringen Tastsinne der Scheide wahrzunehmen; Männer werden, insbesondere nach einiger Gewöhnung, nicht gestört werden.

VII. **Der Condom und die Staatsgewalt.** Durch die mit Schutzmitteln unterdrückte Befruchtung wird in der Mehrzahl der Fälle Straftaten und Erkrankungen vorgebeugt oder ein Nachwuchs verhindert, welcher das Vagabundentum vermehrt und Gefängnisse und Krankenhäuser füllt. Die Furcht vor Beeinträchtigung der steigenden Volkszunahme ist unbegründet. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. №. 11. 1. Dezember 1907.

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag.
(Vorstand: Professor KREIBICH.)

Beitrag zur Pathogenese und Klinik des Lupus follicularis disseminatus.

Von

Privatdozent Dr. ALFRED KRAUS,
I. Assistent der Klinik.

Fälle von Lupus follicularis — oder wie die so vielfachen Synonyma für dieses Krankheitsbild heifsen mögen, — sind immerhin selten. So wenig darüber zu streiten ist, dafs es sich bei demselben um eine im klinischen Bilde scharf umschriebene Form des Lupus vulgaris handelt, dessen reinste Varietät er auch im histologischen Bilde der Wesenheit nach darstellt, so erübrigen immerhin noch einige wesentliche Punkte der endgültigen Klärung. Dies gibt uns Veranlassung, über zwei Fälle dieses Krankheitsbildes kurz zu berichten, da dieselben nach mehrfacher Richtung bemerkenswert erscheinen.

Hervorgehoben sei zunächst, dafs in den bisherigen Beobachtungen über Lupus follicularis sich recht widersprechende Angaben bezüglich des Tuberkelbazillenbefundes vorfinden. Die Mehrzahl der Autoren fand keine Bazillen, andere konnten solche nachweisen.

Ferner ist es die Frage der Lokalisation der lupösen Krankheitsherde, die bisher nicht einheitlich beantwortet wurde. Es galt dabei regelmäfsig festzustellen, ob der meist — wenigstens im klinischen Bilde — scheinbar follikuläre Charakter der Affektion auch durch die histologische Exploration festgestellt werden könne.

Endlich ist es der disseminierte und damit auch speziell der follikuläre Lupus, bei dem seit langer Zeit die Frage der hämatogenen Entstehung vielfach diskutiert worden ist; dies schon deshalb, weil die Klinik desselben die Annahme einer solchen vielfach zum mindesten sehr nahelegt. Die eingehende Erörterung aller diesbezüglich in Frage kommenden Momente würde hier zu weit führen. Ich kann betreffs derselben auf die

Arbeit von VERESS[1] verweisen, wobei ich mir vorbehalte, nach Wiedergabe meiner eigenen Beobachtungen den Standpunkt zu präzisieren, zu dem wir auf Grund unserer Untersuchungen in diesem Punkte gelangen.

Fall I. L. C., 25jähriger Arbeiter. Mutter desselben litt häufig an Lungenerkrankungen, eine Schwester an Halslymphdrüsenentzündung mit Fisteln. Patient selbst früher stets gesund, hustet nicht, schwitzt nicht bei Nacht. Sechs Monate vor Spitalseintritt bemerkte er zunächst an der Haut der Nase und der angrenzenden Wangenpartien das Auftreten stecknadelkopfgroſser, roter, nicht juckender Knötchen. Seitdem weitere Ausbreitung der Affektion. Gelegentlich war Rückbildung der Knötchen unter Schuppung bemerkbar.

Status praesens: An der Haut der Nase, der Wangen, über der Glabella, den Schläfen und der Stirn zahlreiche zerstreut stehende, anscheinend an die Follikel gebundene, stecknadelkopf- bis hanfkorngroſse, lebhaft rote bis bräunlichrote Knötchen, etwas über das Hautniveau hervorragend, vielfach von einer dünnen, gelblichbraunen Schuppe bedeckt. Dazwischen zahlreich auch flachere, deutlich eingesunkene, mehr braunrot gefärbte Infiltrate von denselben Dimensionen, mit einer kleinsten, unregelmäſsigen, narbigen Einsenkung im Zentrum. An der linken Schläfengegend ein 2 cm langer und 5 mm breiter, braunroter Infiltrationsherd mit Krustenbildung an der Oberfläche. — Der somatische Befund entspricht völlig der Norm.

Aus dem Decursus wäre nur hervorzuheben, daſs dem Patienten während seines Spitalsaufenthaltes zu wiederholten Malen Injektionen von Tuberculinum vetus KOCH, und zwar stets in der Menge von 0,005 g, verabreicht wurden. Während eine deutlichere Allgemeinreaktion nur einmal zu konstatieren war, wobei es zu Temperatursteigerungen bis zu 39° kam, kam es jedesmal zum prompten Eintreten einer Lokalreaktion an den einzelnen Krankheitsherden, die sich durch deutliche, lebhaft rote Färbung sowie Succulenz der Knötchen zu erkennen gab, welche Erscheinungen sich — zum Teil mit restierender Krustenbildung — in den auf die Injektion folgenden Tagen wieder zurückbildeten. Sehr erwähnenswert scheint uns dabei der Umstand, daſs zu der Zeit, wo die Herdreaktion sich auf der Höhe befand, an einzelnen Hautpartien — besonders der Stirngegend — das Auftreten von mehr dem Tastgefühl als der einfachen Beobachtung nachweisbaren Veränderungen zu bemerken war. Es handelte sich dabei um bis erbsengroſse, die bedeckenden Hautschichten leicht vorwölbende, an der Oberfläche einen geringen lividen Farbenton aufweisende Effloreszenzen, die nach keiner Richtung scharf umschrieben waren, dem tastenden Finger als Resistenz deutlich fühlbar waren und sich — durch ihre Verschieblichkeit mit der Haut selbst — als in deren Tiefe eingelagert erwiesen. Die Art des Auftretens sowie alle die soeben geschilderten Charaktere derselben lieſsen keine andere Annahme mit Sicherheit zu, als

[1] VERESS, F. v., Über Lupus postexanthematicus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40.

daſs es sich hier nur um mit dem Krankheitsprozesse in innigster Beziehung stehende Veränderungen handeln könne. Darüber noch im folgenden mehr.

Da Patient aus äuſseren Gründen die Klinik nach einer sehr kurzen Beobachtungszeit bereits verlassen muſste, ist uns über den weiteren Verlauf der Erkrankung leider nichts bekanntgeworden.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurde eine kleine, mehrere Effloreszenzen fassende Hautstelle aus der Stirngegend exzidiert. Wir wollen das Resultat derselben nur insofern etwas ausführlicher wiedergeben, als es in den Befunden gegenüber denen anderer Untersucher variiert.

Es entsprach diesen vollkommen, daſs wir als Hauptsubstrat des anatomischen Bildes mehr oder weniger scharf begrenzte, im ganzen rundliche Krankheitsherde mit den zweifellosen Charakteren der Tuberkulose wahrnehmen konnten. Die gröſsten und am schärfsten umschriebenen derselben saſsen in den obersten Teilen der Cutis propria, manchmal durch ein Geringes noch vom Epithel getrennt, stellenweise reichten sie vollends an dieses heran, wobei dann die Epidermis durch den Druck des von unten herandrängenden Tumors eine verschiedengradige Atrophie aufwies. Diese gröſseren Herde, bei denen sich — wenn auch nicht regelmäſsig — eine Beziehung zu dem Follikelapparat konstatieren lieſs, setzten sich der Hauptsache nach aus epitheloiden und sehr reichlichen Riesenzellen mit randständigen Kernen zusammen. Auch Plasmazellen waren in groſser Zahl nachweisbar. Während das aus diesen Elementen sich zusammensetzende Infiltrat nach auſsen von einem Wall akut-entzündlicher Zellelemente umschlossen war, bot es im Zentrum die für den Tuberkel charakteristischen regressiven Veränderungen bis zu ausgesprochenster Verkäsung dar. Wo diese zentralen Veränderungen noch nicht so weit fort geschritten waren, lieſs sich noch der Rest einer fibrillären Grundsubstanz mit Überbleibseln der sonst allenthalben im kranken Gewebe bereits fehlenden elastischen Fasermasse bemerken. Es sei übrigens erwähnt, daſs das elastische Gewebe bei den — besonders oberen — Randteilen der Krankheitsherde offenbar durch Kompression zu sehr dichten Massen vermehrt schien. Neben den erwähnten gröſseren Herden fanden sich ferner durch die ganze Cutis zerstreut kleinere, offenbar jüngere Herde, die nicht annähernd so scharf umschrieben waren als die ersteren und sich der Hauptsache nach aus epitheloiden mit sehr spärlichen Riesenzellen zusammensetzten. Tuberkelbazillen waren trotz sorgfältiger und auf zahlreiche Serien ausgedehnter Untersuchung nirgends nachweisbar. Was die in die Haut eingelagerten Organe betrifft, so erschienen die Follikel — soweit sie in den Prozeſs, wie erwähnt, einbezogen waren — in ihren besonders tieferen Teilen verschiedengradig destruiert, Talg- und Schweiſsdrüsen waren gleichfalls vielfach von Granulationsgewebe umscheidet und demselben hier und

da völlig zum Opfer gefallen. Die Gefäfse zeigten im allgemeinen überall eine entzündliche Einscheidung ihrer Hüllen, sonst nach keiner Richtung Bemerkenswertes bis auf die nun zu beschreibenden, für die Pathogenese uns wichtig erscheinenden Veränderungen an einem kleinen arteriellen Gefäfs der Subcutis. Wir wollen uns auch hier in der Beschreibung ganz kurz fassen und auf die Befunde WOLTERS'[2] hinweisen, der als Erster in einem Falle von „Lupus nodularis“ die Entwicklung von Lupusknötchen in der Intima von Gefäfsen beobachtet hat. Dabei mufs aber gleichzeitig der Unterschied betont werden, dafs es bei WOLTERS die mittelgrofsen Venen und die Übergangsgefäfse waren, welche in dem angedeuteten Sinne erkrankt waren, während „die arteriellen Gefäfse in allen Teilen der Haut absolut gesund und unverändert waren, ob sie frei, neben oder gelegentlich in den Granulationsmassen lagen“. Bei uns spielten sich nun die Veränderungen an einem arteriellen Gefäfs ab, in ihren histologischen Charakteren aber sonst vollständig denen im Falle WOLTERS entsprechend. Sie bestanden darin, dafs an einer kleinen, durch die Art des Aufbaues ihrer Wandelemente ganz deutlich als solcher erkennbaren Arterie der Subcutis, die — wie aus einer ausgedehnten und lückenlosen Untersuchung an Serienschnitten hervorging — nirgends in der Umgebung von Granulationsgewebe begleitet war, sich an einer kleinen, im ganzen auf verhältnismäfsig wenige Schnitte ausgedehnten Partie, eine knopfartige Vorwölbung in das Gefäfs vorfand, welche dessen Lumen teilweise verlegte. Sie bestand aus einem von epitheloiden Zellen und Lymphocyten gebildeten Granulationsgewebe, welches — und das ging mit besonderer Deutlichkeit aus den auf elastische Fasern gefärbten Präparaten hervor — unter unverändertem Endothelbelag sitzend, von der Intima ausgegangen war und in dem Grade seiner allmählichen Ausdehnung unter Ruptur der Lamina elastica intimae gegen die Media vordrängte, diese und die Adventitia vor sich herschiebend. An jener Stelle, wo die knopfartige Masse sich gegen die Ruptur zu verschmächtigt, sind die Faserzüge der Lamina elastica intimae beiderseits nach ihren Seitenteilen umgeschlagen. In Form und Anordnung gleicht das Granulationsgewebe innerhalb des Gefäfses völlig dem in der Cutis auch sonst allenthalben anzutreffenden.

Aufser WOLTERS hat nur noch HEUCK[3] über tuberkulöse Veränderungen an Gefäfsen, und zwar bei tumorbildendem Lupus, berichtet. Auch er fand solche nur an der Wand venöser Gefäfse, deutet dieselben jedoch in anderem Sinne, nämlich durch örtliche Verschleppung innerhalb arrodierter

---

[2] WOLTERS, Über einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprungs. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904. Bd. 69.

[3] HEUCK, WILHELM, Über tumorbildenden Lupus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 82.

Venen entstanden. In dem gleichen Sinne will er auch den Fall von Wolters mit Vorsicht beurteilt wissen. Wenn auch die hämatogene Entstehung der einzelnen isolierten Intimatuberkel nicht zu leugnen sei, so könne sie doch nicht die ursprünglich hämatogene Entstehung des ganzen Lupusherdes mit Sicherheit beweisen, da gleichzeitig die Verschleppung durch lokale Metastasen möglich sei. Zur Annahme von mehreren metastatischen Verschleppungen an stets eine und dieselbe kleine Hautstelle könne man sich schwer entschließen. Ist nun Heuck auch bezüglich des lokalisierten Lupus dieser Ansicht, so gibt er andererseits sehr richtig zu, daß für den disseminierten Lupus — vom klinischen Standpunkte aus wenigstens — der hämatogene Infektionsmodus möglich sei, wobei er auch der uns aus der Klinik des sog. „postexanthematischen" Lupus geläufigen Tatsachen gedenkt, welche schon immer auf diesen Entstehungsmodus hingedeutet haben.

Auf Grund der von uns in dem beschriebenen Falle von Lupus disseminatus follicularis zum ersten Male erhobenen Befunde tuberkulöser Gefäßsveränderungen teilen wir völlig die im vorhergehenden wiedergegebene Ansicht Heucks, die Pathogenese des disseminierten Lupus betreffend, weil wir dieselbe nun auch als anatomisch gestützt ansehen dürfen. Übrigens erklärt sich auch Schlasberg[4] die Entstehung der Krankheit am wahrscheinlichsten damit, daß von einem inneren Herde aus Tuberkelbazillen ins Blut hineingelangen und dann zu Embolien Anlaß geben. Das akute Auftreten spreche dafür, daß der Prozeß ungefähr so zugehen müsse.

Der zweite Fall unserer Beobachtung möge einiger in klinischer Beziehung wichtiger Details wegen hier kurz wiedergegeben werden.

B. A., 50jähriger Arbeiter. Die Erkrankung besteht seit sechs Wochen und ist plötzlich aufgetreten. Patient war früher stets gesund. Keine tuberkulöse Belastung.

Status praesens: Erkrankt ist die Haut der Nase, der angrenzenden Wangenpartien, der unteren Augenlider, der Ohrmuscheln. Die Haut ist in toto mächtig gerötet, zeigt dabei einen Stich ins Blaue, ist leicht diffus-ödematös, dabei von einer Unzahl von Effloreszenzen bedeckt. Diese haben durchwegs Knötchencharakter, sind hanfkorn- bis kleinlinsengroß, die Farbe ist rotbraun, apfelgeleeartig, wobei die rote Komponente viel ausgesprochener ist, als man es beim Lupusknötchen gewöhnt ist, auf Druck blassen sie unter Hinterlassung einer gelblichbraunen Nuance ab, während die diffuse Rötung zwischen ihnen völlig zum Schwinden gelangt. Sehr zahlreiche der Knötchen zeigen an ihrer Spitze ein gelbes Pfröpfchen, das an den einen aus Eiter besteht, der an anderen bereits zur Kruste eingetrocknet ist. Die regionären Drüsen unverändert. Haut des übrigen Körpers vollkommen normal. Der somatische Befund bietet keinerlei Besonderheit.

---

[4] Schlasberg, H. J., Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox). *Arch. f. Derm u. Syph.* 1905. Bd. 74.

Aus dem **Decursus** ist folgendes hervorzuheben: Unter einer zunächst eingeleiteten Salicylpflasterbehandlung kam es zu starker Steigerung sowohl der diffusen entzündlichen Erscheinungen sowie auch derer an den Knötchen, von denen zahlreiche auffallend rasch in Pustulation übergingen. Dabei kam es immer wieder zu neuen Nachschüben solcher Knötchen, an den bisher befallenen Partien sowohl als auch an vorher freien, insbesondere dem Haarboden in seiner ganzen Ausdehnung und an der Haut der angrenzenden Halspartien. Die frischen Pusteln wurden des öfteren mikroskopisch untersucht, ohne daſs sich — bis auf ubiquitäre Mikroorganismen — ein Befund hätte erheben lassen. Der Umstand, daſs die Knötchen sich mit dem scharfen Löffel — unter starker Blutung — sehr leicht in toto ausheben lieſsen, veranlaſste uns auch, dem Vorgange Schlasbergs folgend, ihr Gewebe nach Zerquetschen und Zerreiben zwischen Objektträgern zu untersuchen. Es fanden sich dabei die verschiedensten Gewebsbestandteile, reichlich Eiterzellen, Tuberkelbazillen waren nicht aufzufinden. Zu wiederholten Malen vorgenommene Tuberkulininjektionen (vetus Koch à 5 mg) hatten niemals ausgesprochene Allgemein-, aber regelmäſsig mehr oder weniger deutliche Lokalreaktion zur Folge. Gleichzeitig neben den erwähnten progressiven Veränderungen liefen an der Affektion in der nächsten Zeit auch Rückbildungsvorgänge ab, die bis zur Bildung ziemlich scharf umschriebener, deprimierter, stippchenartiger Narben an Stelle der Knötchen führten. Fünf Wochen nach erfolgtem Spitalseintritt trat **beiderseitige Iritis** auf. Obzwar anamnestisch und auf Grund der objektiven Untersuchung sich keinerlei Anhaltspunkte für Lues ergaben, wurde eine allgemeine Hg-Inunktions- und Jodbehandlung eingeleitet, die trotz mehrwöchentlicher Durchführung gegen die Iritis sowohl als auch gegen das bestehende Hautleiden sich als erfolglos erwies. Die erstere gab wegen bestehender beiderseitiger Occlusio pupillae Veranlassung zur Vornahme der Iridektomie, auf welche hin das Sehvermögen des Patienten sich sehr bald besserte und in dem früher bestandenen Grade zurückkehrte. Patient verblieb dann in Beobachtung des Ambulatoriums, welche in den darauffolgenden Wochen den allmählichen, aber stetigen Rückgang der Hauterkrankung feststellen konnte. Dieselbe hatte damit ihr Ende erreicht, daſs es an allen früher von Knötchen eingenommenen Stellen zur Ausbildung der im vorhergehenden beschriebenen Narben gekommen war.

Die an einzelnen Knötchen vorgenommene histologische Untersuchung hatte zur Evidenz die Übereinstimmung mit dem Bilde des Lupus follicularis ergeben. Bazillen fanden sich auch hier nicht. Tierversuche hatten ein negatives Resultat sowohl bei Meerschweinchen, obzwar ihnen genügend Material von der Hautaffektion unter die Bauchhaut implantiert worden war, als auch bei einem Kaninchen, dem die bei der Iridektomie gewonnenen Gewebsteile in die vordere Augenkammer geimpft wurden.

Überblicken wir nun den Fall, so bietet er nach einiger Richtung Bemerkenswertes. Zunächst ist der akute, förmlich stürmische Beginn hervorzuheben. Derselbe imponierte nicht so sehr durch das plötzliche Auftreten der ausgedehnten Knötcheneruption, als durch die akuten, diffus entzündlichen Erscheinungen, welche dieselbe begleiteten. Ist auch in den meisten der bisher publizierten Fälle, wie aus der Zusammenstellung Schlasbergs hervorgeht, das Auftreten immer so gut wie akut oder subakut gewesen, so wird doch andererseits als allgemein gültig der Umstand hervorgehoben, daſs die Haut zwischen den Effloreszenzen unverändert

bleich bleibt. Daſs sich die Verhältnisse nicht immer so gestalten müssen, geht aus einer Beobachtung KREIBICHS[5] hervor, welcher einen Fall unter Fieber und heftigen Entzündungserscheinungen im Gesicht über Nacht in der Art auftreten sah, daſs nach Rückbildung der diffusen Erscheinungen das Gesicht mit der typischen Knötcheneruption bedeckt war. Wir glauben Veranlassung zu haben, auch unseren Fall in diese Gruppe des von KREIBICH als Lupus follicularis acutus bezeichneten Krankheitsbildes zuzurechnen.

Bemerkenswert an diesem Falle ist ferner, daſs wir gelegentlich mehrerer Injektionen von Tuberculinum vetus KOCH einige Male Herdreaktionen auftreten sahen, welche unseres Erachtens einen entschieden günstigen Einfluſs auf den Verlauf der Affektion ausgeübt zu haben scheinen. Wenn auch die Tatsache nicht geleugnet werden soll, daſs beim Lupus follicularis disseminatus auch Spontanheilung zur Beobachtung kommt, die auch wir in diesem Falle an einzelnen Effloreszenzen bemerkten, so empfingen wir doch vielfach den Eindruck, daſs im Gefolge der ablaufenden Tuberkulinreaktion und der mit derselben einhergehenden Succulenz eine auffallend rasche Rückbildung der Effloreszenzen einsetzte. Auf die Wirkung der wiederholten Tuberkulininjektionen möchten wir überhaupt den im ganzen raschen Ablauf der Erkrankung zurückführen. Er erstreckte sich alles in allem auf sechs Monate, nach welcher Zeit sämtliche Krankheitsprodukte unter Hinterlassung entsprechender Narben verschwunden waren. Wir wissen, daſs das Leiden, sich selbst überlassen, gewöhnlich von jahrelanger Dauer ist. Über eine ganz gleichartige Beobachtung hat übrigens DELBANCO[6] kürzlich berichtet. Er sah eine auffallend günstige Beeinflussung des gleichen Krankheitsbildes unter Injektionen von Neutuberkulin.

Übrigens sei erwähnt, daſs, abgesehen von unseren beiden Fällen, in der Literatur über sichere positive, lokale Tuberkulinreaktion beim Lupus follicularis nur von JADASSOHN, FINGER und BETTMANN berichtet wurde.

Daſs die von uns angestellten Tierversuche ohne Erfolg waren — was übrigens mit den Befunden aller anderen Untersucher mit Ausnahme von JADASSOHN übereinstimmt, ist nicht überraschend. Das gleiche Resultat hatte ja auch SCHLASBERG sogar in einem Falle, bei welchem er mikroskopisch Bazillen nachweisen konnte, weshalb er zu dem Schlusse gelangte, daſs die vorhandenen Bazillen von so geschwächter Virulenz sein müſsten, daſs sie nicht imstande wären, tuberkulöse Veränderungen im Tierkörper hervorzurufen.

---

[5] KREIBICH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1904.

[6] DELBANCO, Über Lupus follicularis. 79. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Dresden. 1906.

Endlich ist unser Fall bemerkenswert wegen der Ausbreitung, die die Erkrankung darbot. Er teilt mit allen übrigen Fällen als gemeinsames Merkmal die Lokalisation im Gesicht, ein Verhalten, für das man eine allgemein gültige Erklärung wohl nicht geben kann. Daſs die Erkrankung — wie in unserem Falle — den Haarboden in seiner Gänze, die Haut der Ohrmuscheln und der angrenzenden Halspartien ergriffen hätte, fanden wir nirgends vermerkt.

Zur Kenntnis der in den Knäueldrüsen vorkommenden Körnchen.

Von

Johannes Fick-Wien.

Vor einiger Zeit hatte ich Gelegenheit, ein Carcinom der Unterlippe mikroskopisch zu untersuchen, wobei meine Aufmerksamkeit durch recht auffallende Körnchen gefesselt wurde, welche in den Sekretionszellen der Schweiſsdrüsen in der Umgebung des Tumors in reichlicher Menge vorhanden waren. Dieser Befund veranlaſste mich zu weiteren Untersuchungen, zunächst an demselben Objekt, dann aber auch an anderem Material.[1] Das gleichzeitig vorgenommene Literaturstudium lieſs mich erkennen, daſs zwar schon von verschiedenen Seiten auf das Vorkommen corpuskulärer Elemente in den der Sekretion dienenden Zellen der Knäueldrüsen hingewiesen wurde, daſs aber eine zusammenfassende Darstellung der nicht so ganz einfachen Verhältnisse aus den letzten Jahren nicht vorliegt. Da meine Befunde die Beobachtungen anderer Autoren in mancher Hinsicht ergänzen, glaube ich über meine Untersuchungen hier berichten zu dürfen und zugleich eine kurze Zusammenstellung der Ergebnisse früherer Untersuchungen geben zu sollen. Letzteres insbesondere deshalb, weil ich auf Grund einer Nebeneinanderstellung der in der Literatur niedergelegten Angaben und meiner Befunde eine präzise, wenn auch vielleicht nur provisorische Klassifizierung der teils regelmäſsig, teils gelegentlich in den Zellen der Knäueldrüsen zu beobachtenden Körnchen für möglich und im Interesse weiterer Forschung für angebracht halte. Nach den vorliegenden Angaben der Autoren erscheint es zweifellos, daſs in den Zellen der Knäueldrüsen Substanzen in Gestalt von Körnchen und Kügelchen auf-

---

[1] Das Material verdanke ich dem freundlichen Entgegenkommen meines Bruders des Herrn Dr. med. W. Fick, Vorstand der chirurgischen Abteilung am deutschen Alexander-Hospital für Männer in St. Petersburg.

treten, die zunächst als verschiedenartig angesehen werden müssen. Die bei einem Vergleich der verschiedenen Körnchen untereinander sich ergebenden Differenzen festzustellen und auch durch eine genauere Nomenklatur zu präzisieren scheint mir schon jetzt geboten, womit ja nicht ausgeschlossen wird, dafs weitere Forschungen Beziehungen zwischen Dingen aufdecken werden, die entsprechend dem momentanen Stande der Erkennis von einander getrennt zu werden verdienen.

Die Angaben in der älteren Literatur sind zwar für den uns hier interessierenden Gegenstand nur noch wenig zu verwerten, aber auf die nachstehende Äufserung KÖLLIKERS mufs ich doch schon zurückgreifen. KÖLLIKER gibt an (*Gewebelehre*, 6. Aufl. I. Bd., S. 254), dafs die Schweifsdrüsenzellen einen ungemein feinkörnigen Inhalt besitzen und sagt[2]: „Die Körnchen sind blafs und zeigen hier und da, aber durchaus nicht immer, eine zart angedeutete Anordnung in senkrechten Reihen. Andere Mal finden sich neben diesen Körnern dunkle gröbere Elemente, die in Osmiumsäure schwarz sich färben (Fett), endlich auch gefärbte gelbe und braune Körper, die in kaustischen Alkalien und Säuren sich nicht lösen. Am schönsten finden sich diese Farbkörner in den Ohrenschmalzdrüsen, doch fehlen dieselben auch in den Achseldrüsen und den grofsen Drüsen der Areola nicht, von welchen Gegenden ich dieselben schon in meiner Mikroskopischen Anat., Taf. I, Fig. 6, abgebildet habe.“ Aus dieser Abbildung läfst sich zwar Genaueres nicht entnehmen, so viel aber doch, dafs KÖLLIKER schon im Jahre 1850 mit einer Eigenfarbe versehene corpuskuläre Elemente nicht nur in den Ceruminaldrüsen beobachtet hat.

KÖLLIKER unterscheidet also drei Arten von Körnchen: 1. feine, blasse, 2. gröbere, dunkle, die er als Fett deutet, und 3. gelbe und braune Körner. Eine wesentliche Differenz zwischen den gelben Körnern einerseits und den braunen andererseits scheint er nicht zu finden.

Über Körnchen in den Knäueldrüsen äufsert sich auch schon HEYNOLD (1874). Er findet in den Schweifsdrüsen der Achselhöhle osmierbare Körnchen und beschreibt in den Drüsen der Planta pedis „stark lichtbrechende und bräunlich pigmentierte Körnchen“. Erstere hält schon HEYNOLD nicht für Fett, weil ihre eigentümliche wie ausgenagte Gestalt und unregelmäfsige Begrenzung dagegen spricht.

UNNA sagt 1882: „In sämtlichen hierher gehörigen Drüsen zeichnet sich das Epithel aus durch feinste gelbliche Fettmoleküle und bräunliche Pigmentkörner. In den allerkleinsten Drüsen sind nur wenige, in den gröfseren mehr, in den allergröfsten eine erhebliche Menge vorhanden.“ UNNA findet Pigmentmoleküle auch im Sekret und konstatiert, dafs Körner namentlich bei alten Leuten vorkommen, „denn wir finden hier auch die Epithelien gewöhnlicher kleiner Schweifsdrüsen vollgepfropft mit Fett und Pigmentkörnern“.

KLEMENSIEWICZ (1887 und 1895) erwähnt nur, dafs die Drüsenzellen eine feine Streifung zeigen und Fetttröpfchen enthalten. KARL V. BARDELEBEN (1895) erwähnt Körnchen nur bei Besprechung der Ceruminaldrüsen, er findet „bräunlich pigmentierte Fettkörnchen“ in den Zellen.

Aus der Beschreibung VON BRUNNS (1897) geht, wie mir scheint, zuerst mit Sicherheit hervor, dafs dieser Autor die braunen und gelben Pigmentkörnchen in den

---

[2] Eine wörtliche Wiedergabe der Beschreibungen ist vielfach durchaus notwendig, da stets von „Körnchen“, „Körnern“, „Körperchen“ die Rede ist und nur eine genaue Berücksichtigung des Wortlauts eine vergleichende Beurteilung ermöglicht.

Knäueldrüsenzellen den Pigmentkörnern in den Retezellen der Epidermis gleichsetzt, er sagt: „im Protoplasma finden sich namentlich in den grofsen Knäueldrüsen des äufseren Gehörganges (Glaud. ceruminales) bei allen Menschen sowohl Fetttröpfchen, wie gelbe und braune Pigmentkörner. Dergleichen werden auch in den Achselhöhlen- und Circumanaldrüsen, sowie in den Knäueldrüsen der Areola mammae bei manchen, namentlich brünetten[3] Menschen auch noch anderwärts beobachtet".

Spezieller hat sich Jess mit dem Pigment in den Knäueldrüsen beschäftigt bei vergleichend-anatomischen Untersuchungen über die Haut der Haussäugetiere. Er gibt an, in den Knäueldrüsen an der Vulva der Stute reichlich Pigment in den Zellen des sezernierenden Abschnittes gefunden zu haben, im exkretorischen Teil des Ganges nicht. Wichtig ist die Angabe, dafs bei starker Pigmentierung der Haut die Schweifsdrüsen stets mehr Pigment enthalten als die Talgdrüsen. Überhaupt identifiziert Jess, anders lassen sich seine Angaben wohl kaum auffassen, das Pigment in den Knäueldrüsen mit dem Pigment in der Epidermis.

In bezug auf die Ceruminaldrüsen sagt G. Schwalbe (1898): „Die Körnchen, welche man innerhalb der Cylinderzellen findet, sind verschiedener Natur. An Zahl vorherrschend sind gelbbräunliche Pigmentkörnchen, weniger zahlreich feine glänzende eckige Körperchen, die sich leicht in Osmiumsäure bräunen, nach Behandlung mit Äther aber nicht verschwinden. Wenn sie also auch wegen ihrer schwachen Osmiumsäurereaktion für Fettkörnchen gehalten werden könnten, so sprechen doch ihre anderen Eigenschaften nicht für ihre Fettnatur. Auch innerhalb des Lumens der Schläuche und des Ausführungsganges konnte ich kein Fett wahrnehmen." Hierzu vergleiche man die Angabe Heynolds (siehe oben). Schwalbe unterscheidet also zwei Arten von Körnchen.

Mit einem eigentümlichen Umwege ergab sich für die Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen die Tatsache, dafs in diesen Drüsen osmierbare säurefeste Körperchen vorkommen. Unna und Babes fanden sie bei Lepra und Lupus und deuteten sie als Degenerationsprodukte der betreffenden Krankheitserreger. Jadassohn fand dieselben Körnchen aber auch bei Lues, stellte damit fest, dafs diese Körnchen nicht Tuberkel- resp. Leprabazillen sein müssen und veranlafste Tschlenoff (1899) zu einer genaueren Untersuchung dieser Gebilde in den Knäueldrüsen. Die Untersuchungen Tschlenoffs wurden dann im Jahre 1904 von Marie Wersiloff im Laboratòrium der Berner dermatologischen Klinik fortgesetzt. Auf diese Arbeiten komme ich unten ausführlicher zurück.

Jarisch (1901) spricht von Fettkügelchen und gelb bis braun gefärbten Pigmentkörnern.

Durch die Arbeiten von Unna, Sata, Ledermann und anderen war bis zum Jahre 1901 auch mit Hilfe moderner Methoden der Nachweis erbracht worden, dafs in den Zellen der Knäueldrüsen tatsächlich Fett vorkommt, wenn auch nicht ohne weiteres alle osmierbaren in diesen Zellen vorkommenden Substanzen als Fett anzusehen sind.

In das Jahr 1901 fällt die zusammenfassende Darstellung von H. Rabl. Dieser Autor findet in den kleinen Schweifsdrüsen bald nur Kügelchen, bald auch geradgestreckte Fäden, welche die Kügelchen mit einander verbinden. „Jene Kügelchen dürften Sekretkörner darstellen." Rabl konstatiert das Vorkommen osmierbarer Substanzen in den Zellen, warnt aber davor diese ohne weiteres als Fett anzusprechen. Er spricht dann von den Knäueldrüsen der Axilla, Analregion, Areola mammae und des äufseren Gehörganges, findet hier die Zellen teils hoch cylindrisch, teils sehr platt

[3] Im Original nicht gesperrt gedruckt.

und sagt: „Die Cylinderzellen erscheinen stets von stark lichtbrechenden Sekretkörnchen vollgepfropft, die in Reihen hintereinander liegen, so daſs der Zellkörper ein längsgestreiftes Aussehen besitzt; nur ein verschieden breiter Saum, der die Zellen nach der freien Seite zu abschlieſst, ist davon frei;“ ferner: „In den abgeplatteten Zellen der weiten Schläuche sind keine Körnchen enthalten. Neben diesen Körnchen kommen auch in den groſsen Drüsenkanälen osmierbare Substanzen vor. Auſserdem enthalten sie gelbbraune Pigmentkörner, die sich nach der Angabe Köllikers in kaustischen Alkalien und Säuren nicht lösen. Dieselben sind besonders zahlreich in den Glaud. cerum. enthalten, lassen sich aber auch zuweilen in den Drüsen des Warzenhofes und der Achselhöhle beobachten.“ Rabl unterscheidet also wie sich hieraus ergibt: 1. Sekretkörner, die in den groſsen Knäueldrüsen stark lichtbrechend sind, 2. osmierbare Substanzen (Fett?), endlich 3. gelbbraune Pigmentkörner. Aus den gelben und braunen Körpern Köllikers (siehe oben) werden bei Rabl gelbbraune Pigmentkörner. Rabl deutet also Köllikers Worte ebenso wie ich es oben getan. Die Arbeit Tschlenoffs erwähnt Rabl nicht.

Böhm und Davidoff (1903) machen über Körnchen in den Schweiſsdrüsen keine Angaben, dagegen fällt in dieses Jahr eine Arbeit von Talke über die groſsen Knäueldrüsen der Axilla. Hier werden die „Körnchenpigmente“ speziell besprochen und ich gehe weiter unten auf diese Arbeit ausführlich ein.

Stöhr (1906) sagt bei Besprechung der Schweiſsdrüsen: „die sekretgefüllten Zellen enthalten Körnchen verschiedener Natur (Sekretvorstufen und Fett-, zuweilen Pigmentkörnchen)“, ferner im Cap. über das äuſsere Ohr „sie (d. h. die Glaud. cerum.) unterscheiden sich von den Schweiſsdrüsen dadurch ......, daſs die Drüsenzellen viele Pigmentkörnchen und Fetttröpfchen enthalten.....

Die im Vorstehenden zitierten Angaben der Autoren über „Körnchen“ in den Drüsenzellen lassen nun, obgleich ja bedeutende Widersprüche nicht zu bemerken sind, doch noch manche Frage offen. Ich wende mich zunächst zur näheren Betrachtung der in den angeführten Arbeiten als „gelbe und braune Farbkörnchen“ als „Pigment“, „gelbbraune Pigmentkörner“ und als „Körnchenpigmente“ bezeichneten corpuskulären Elemente und stelle zwei Fragen:

1. Kommt in den Drüsenzellen der Knäueldrüsen melanotisches Pigment überhaupt vor und 2. finden sich, wenn die erste Frage bejaht wird, neben diesem melanotischen Pigment noch andere, auch eventuell als Pigment zu bezeichnende und von den Autoren so bezeichnete corpuskuläre Elemente, die eine Eigenfarbe besitzen?

Mancher wird nun vielleicht der Ansicht sein, daſs eine bejahende Antwort auf die erste Frage schon längst gegeben, die Frage somit überflüssig sei. Die Frage ist jedoch deshalb nicht überflüssig, weil sich nirgends die präzise Angabe findet: in den Zellen der Knäueldrüsen kommt melanotisches Pigment vor. Implizite ist dieser Satz unzweifelhaft nur bei von Brunn zu finden, dessen Angaben auch Tschlenoff in diesem Sinne auffaſst und meiner Ansicht nach auch wohl bei Jess mit Sicherheit herauszulesen. Wenn ich aber eine präzise Bezeichnung des „Pigments“ verlange, so ist das nicht eine pedantische Forderung; denn auſser dem

melanotischen Pigment fallen nicht nur das Hämosiderin, sondern auch das Hämofuscin (v. Recklinghausen), Lipochrome und andere fetthaltige, aber von den Lipochromen zu trennende Abbaupigmente (Lubarsch) unter den Sammelbegriff des Pigments, sind zum Teil dem melanotischen Pigment in bezug auf die Farbe und auch andere Eigenschaften ähnlich, könnten sehr wohl in den Zellen der Knäueldrüsen vorkommen, ja, scheinen sogar in diesen Zellen schon beobachtet worden zu sein. War ich nun auch nach Kenntnisnahme der Angaben der Autoren von dem gelegentlichen Vorkommen von melanotischem Pigment in den Knäueldrüsen schon im voraus überzeugt, so wollte ich mir doch auch durch eigene Anschauung ein Urteil bilden. Ich untersuchte zu diesem Zweck die Haut vom Damm des Pferdes, in welcher ich nach den Angaben von Jess reichlich Beobachtungsmaterial zu finden hoffen konnte. Genauer und mit Berücksichtigung anderer Gesichtspunkte will ich an anderer Stelle über diese Untersuchung berichten, hier stelle ich nur fest, daſs die braunen Farbkörner, welche im Protoplasma der Zellen der Knäueldrüsen reichlich vorhanden waren, sich morphologisch, tinktoriell, mikrochemisch und bezüglich der Eigenfarbe genau ebenso verhielten, wie das in den Retezellen ebenfalls in reichlicher Menge vorhandene melanotische Pigment, so daſs also die Farbkörner in den Drüsenzellen ebenfalls als melanotisches Pigment anzusprechen waren. Im Gegensatz zu Jess, welcher die Zellen des Ausführungsganges stets frei von Pigment fand, konnte ich, wie hier nur beiläufig bemerkt sei, melanotisches Pigment bei einigen Drüsen auch in den Wandzellen des Ausführungsganges in reichlicher Menge nachweisen. In der Regel allerdings fand auch ich das Epithel des Ausführungsganges pigmentfrei, auch bei solchen Drüsen, bei welchen im sekretorischen Abschnitt reichlich melanotisches Pigment in den Zellen vorhanden war. Die erste der oben gestellten Fragen ist somit im positiven Sinne beantwortet. Weniger einfach gestaltet sich die Beantwortung der zweiten. Ich glaube, daſs auch diese Frage bejahend beantwortet werden muſs und berichte nunmehr über meine Befunde, die mich zu dieser Entscheidung veranlassen.

In einem Schnitt durch das eingangs erwähnte Carcinom (Alkoholfixierung, Paraffineinbettung, Schnittdicke 4—6 μ), welchen ich behufs Untersuchung auf Russellsche Körperchen nach der Karbolfuchsin-Jodgrün-Methode Russells gefärbt hatte, fielen mir in den Zellen des sezernierenden Abschnitts der Knäueldrüsen in der normalen Umgebung des Tumors Körperchen auf, welche in dem fast farblosen Protoplasma und neben dem leuchtend grün gefärbten Kern in einer Mischfarbe von Rot und Grün tingiert sehr deutlich hervortraten. Es waren dies teils gröſsere, unregelmäſsig gestaltete Klumpen, deren Gröſse bis etwa an die des Zellkerns heranreichte, teils und vorwiegend kleinere Körperchen, etwa von der Gröſse

eines Nucleolus, wobei man den Eindruck hat, dafs die Klumpen durch Zusammentreten und teilweises Verschmelzen der kleinen Körperchen entstanden sind. Bezüglich der Form entsprechen die kleinen Körper etwa einem Würfel, dessen Ecken und Kanten abgerundet sind. Als Kügelchen könnte man nur vereinzelte Individuen bezeichnen. Viel eher wird man bei Betrachtung dieser Körper an eine kristallinische Masse als an erstarrte Tröpfchen erinnert. Die Untersuchung im ungefärbten Schnitt ergibt, dafs die Körnchen eine deutliche und zwar gelbe Eigenfarbe besitzen, ich bezeichne sie deshalb im folgenden kurzweg als „gelbe Körnchen“. Ehe ich auf die Lokalisation dieser gelben Körnchen genauer eingehe, gebe ich ihr Verhalten bei künstlicher Tinktion an. Mit Cochenillealaun liefsen sich diese Körnchen nicht färben, waren aber als stärker lichtbrechende Gebilde immerhin nachweisbar. Bei Färbung nach VAN GIESON aber, sowie mit Hämatoxylin-Eosin waren die Körner überhaupt nicht nachweisbar, sie waren also durch das Hämatoxylin nicht gefärbt und verschwanden in der Färbung des Protoplasmas. Bei Färbung mit polychromem Methylenblau und Alkoholdifferenzierung werden diese Körnchen hellblau mit einem deutlichen Stich ins Grüne. Bei Anfärbung mit derselben Farbe aber Differenzierung mit konzentrierter wässeriger Tanninlösung dunkel blaugrün, dunkler als das Chromatin der Kerne. Bei Färbung mit Karbol-Pyronin-Methylgrün färben sich diese Körnchen grünbräunlich, mit konzentrierter wässeriger Lösung von Cresylechtviolett schmutzig blaugrün. Diese letztgenannte Färbemethode gab mir mit die besten Resultate, insofern als sich die Körnchen sehr leicht von allen Kern- bezw. sonstigen Protoplasmabestandteilen unterscheiden liefsen. Auch gelang es mir gerade mit dieser Färbung eine nicht unwichtige Beobachtung bezüglich der Lokalisation der Körnchen zu machen. Bei Färbung mit saurem Orcein (PRANTERS Modifikation der UNNA-TAENZERschen Methode) und Nachfärbung mit alkalischem Methylenblau werden die Körnchen ziemlich dunkel blaugrün. Bei Färbung mit WEIGERTS Elastinfarbstoff und Nachfärbung mit 1 % wässeriger Safraninlösung erscheinen sie teils in der Eigenfarbe, teils rot. Bei Färbung mit Triacid werden die Körnchen gelbbraun. Mit der GRAM-Färbung und der Fibrinfärbung WEIGERTS sind die Körnchen nicht nachweisbar. Behandlung der ungefärbten Schnitte durch 10 Minuten mit LUGOLscher Lösung verändert die Eigenfarbe der Körnchen nicht. Die Eisenreaktion fällt ausgesprochen negativ aus, doch treten die Körnchen nach der Behandlung der Schnitte mit Ferrocyankalium und Salzsäure stärker lichtbrechend hervor, dasselbe ist der Fall, wenn man einen Schnitt einfach mit salzsaurem Alkohol einige Minuten behandelt.

Von besonderem Interesse erschien es mir im Hinblick auf die Arbeiten von TSCHLENOFF und MARIE WERSILOFF festzustellen, wie sich die

gelben Körnchen bei der Tuberkelbazillen-Färbemethode verhalten. Das Resultat dieser Untersuchung war nicht ganz eindeutig. Ich bemerke, daſs ich die Methode: Karbolfuchsin-Säure-Nachfärbung mit Methylenblau sowohl in der Weise anwandte, daſs ich eine Stunde lang in der Wärme (37°) anfärbte als auch so, daſs die Schnitte 24 Stunden bei Zimmertemperatur im Karbolfuchsin gelassen wurden. Nach der Nachfärbung mit Methylenblau erwiesen sich die Körnchen in der weitaus überwiegenden Zahl dunkelblau gefärbt, auch dann, wenn das Methylenblau stark mit Alkohol ausgezogen wurde, eine viel kleinere Anzahl von Körnchen erschien in einer Mischfarbe von Rot und Blau, rein rot gefärbt waren gar keine Körnchen. Unterlieſs ich jedoch die Nachfärbung mit Methylenblau, so erschienen die Körnchen scheinbar ebenso zahlreich, dunkel braunrot gefärbt neben den ganz entfärbten Kernen. War ich geneigt, nach dem ersten Resultat (Karbolfuchsin-Säure-Nachfärbung) den Körnchen Säurefestigkeit abzusprechen, muſste ich nach dem zweiten (ohne Nachfärbung) ihnen eine solche zuerkennen. Ich kann mir dieses Verhalten der Körnchen nur so erklären: Die Körnchen enthalten einen säurefesten und einen nicht säurefesten Stoff. Ist von ersterem in einem Körnchenexemplar relativ nur wenig vorhanden, so bewirkt er nur, daſs die blaue Färbung des Körnchens dunkel erscheint. Ist neben dem nicht säurefesten Stoff mehr säurefester vorhanden, so erscheint das betreffende Körnchen in einer deutlich gemischten Farbe. Läſst man die Nachfärbung mit Methylenblau fort, so kommt eben nur der säurefeste Bestandteil zur Geltung und genügt auch zur tinktoriellen Darstellung. Mit dieser Annahme stimmt auch recht gut die Tatsache überein, daſs die gelben Körnchen bei der RUSSELLschen Färbung in einer Mischfarbe gefärbt erscheinen (siehe oben). Auch die RUSSELLsche Färbung färbt schwer färbbare säurefeste Mikroorganismen (cf. FICK, *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1907, Nr. 27) in der Weise, daſs die Mikroorganismen rein rot, die Kerne grün erscheinen. Sie ist also (wenn auch mit mancher Einschränkung) als Probe auf Säurefestigkeit zu verwenden.

Genau dieselben Resultate bezüglich des Verhaltens der gelben Körnchen den Farbstoffen gegenüber erhielt ich bei der Untersuchung eines Stückes Haut der Schläfengegend, ferner fand ich dieselben Körnchen in den Drüsen an der Volarfläche des Fingers und wenn auch nur sehr spärlich in einem vom Vorderarm stammenden Hautstück. In dem letztgenannten konnte ich auſserdem Körnchen nachweisen, die durchaus säurefest waren, bei der ZIEHL-NEELSEN-Färbung rein rot erschienen, im ungefärbten Schnitt nicht nachweisbar waren, kurz der Beschreibung TSCHLENOFFS durchaus entsprachen. Ich komme auf diesen Fall noch zurück.

Keine gelben Körnchen konnte ich finden in der Haut vom Bauch,

von der Glutäalgegend, vom Damm (Pferd), sowie in weiteren zwei von zwei verschiedenen Körperstellen (genauere Provenienz unbekannt) an welchen nur kleine Knäueldrüsen vorhanden sind, exzidierten Stücken. Alle Stücke waren dem lebenden Menschen bezw. dem noch lebenswarmen Tier exzidiert, in Alkohol fixiert und gehärtet. Paraffineinbettung.

Zur Topographie der gelben Körnchen ist nun zu bemerken, daſs sich diese Körnchen nur im Gebiet des sekretorischen Abschnittes der Knäueldrüse finden und zwar habe ich sie nur intracellulär gefunden. Im Lumen des Drüsenschlauchs habe ich nie Gebilde gesehen, die man auch nur zum Vergleich hätte heranziehen können. Die Körnchen liegen im Protoplasma der Sekretionszellen unregelmäſsig verteilt. Vielleicht bevorzugen sie etwas den basalen Teil der Zellen. In manchen Zellen sind sie nur spärlich vorhanden, in anderen reichlicher und in einzelnen okkupieren sie den ganzen Zellkörper, so daſs man den Kern durch eine Körnchenhülle durchschimmern sieht. Irgendwelche Beziehungen der gelben Körnchen zum Zellkern konnte ich nicht nachweisen, stets waren die Körnchen räumlich deutlich vom Kern getrennt, färbten sich auch mit allen Tinktionsverfahren anders als der Kern. Ebenso waren sie auch stets ohne weiteres durch ihre morphologischen und tinktoriellen Eigenschaften von den Granulis des Protoplasmas zu unterscheiden. Eine feinere Struktur ist in den gelben Körnchen nicht festzustellen, sie erscheinen durchaus homogen und nur aus dem Verhalten der Körnchen bei der Ziehl-Neelsen-Färbung habe ich geschlossen, daſs sie aus einer innigen Mischung kleinster Körperchen bestehen, von denen die einen säurefest, die anderen nicht säurefest sind. Ich habe soeben angegeben, daſs die gelben Körnchen im Protoplasma der Sekretionszellen verteilt waren und füge nun allerdings mit einer gewissen, wenn auch nur geringen Reserve, hinzu, daſs diese Körnchen auch in den glatten Muskelfasern des sezernierenden Abschnitts der Knäueldrüsen vorkommen. Ich fand nämlich die Körnchen auch in Zellen, die langausgezogen spindelförmig waren, einen spindelförmigen Kern hatten und mit ihrer Längsachse in einem rechten oder nur wenig spitzen Winkel zur Vertikalachse der Sekretionszellen situiert waren. Auch verläuft die Längsachse der fraglichen Zellen in einem spitzen Winkel zur Längsachse des Drüsenganges. Die fraglichen Zellen liegen immer unmittelbar und in ihrer ganzen Länge der dem Lumen zugekehrten Fläche der Membrana propria auf und werden von den Sekretionszellen nach dem Lumen zu in der Weise gedeckt, daſs die Sekretionszellen, die neben den fraglichen Zellen ebenfalls der Membrana propria aufsitzen, die fraglichen Zellen überragen und über diesen gewissermaſsen zusammenschlagen. Nach diesem Befunde, den ich namentlich an distinkt gefärbten Cresylechtviolettpräparaten, welche mir die deutlichsten Bilder lieferten, zu kontrollieren bitte, kann es sich bei den fraglichen

Zellen wohl nur um Muskelzellen handeln. Wenn ich mich so vorsichtig ausspreche, so geschieht es deshalb, weil gerade an den fraglichen Stellen die Körnchen reichlich vorhanden waren, so dafs die präzise Beurteilung der einzelnen Zellindividuen beträchtlich erschwert war und aufserdem daran gedacht werden mufste, dafs die Zellen gerade durch das reichliche Vorhandensein der Körnchen in ihrer Gestalt verändert und auch in ihrer Lagerung verschoben sein könnten.

Intercellulär habe ich diese Körnchen nicht gefunden, ebensowenig wie schon erwähnt, im Lumen des Drüsenganges.

Wenn ich nun die Eigenschaften der gelben Körnchen zusammenfassend hervorhebe, so ergibt sich, dafs es sich um mit einer Eigenfarbe versehene, stärker lichtbrechende, partiell säurefeste Körnchen handelt, die in Wasser, Alkohol, Äther, Xylol nicht löslich sind, keine Eisenoxydverbindungen enthalten und mit verschiedenen Färbemethoden in einer sowohl vom Protoplasma als auch vom Kern unterschiedlichen Weise färbbar sind. Diese Körnchen finden sich nur intracellulär und zwar sowohl in den Sekretionszellen als auch in den glatten Muskeln des sezernierenden Abschnittes der Knäueldrüsen. In den Zellen der Wand des Ausführungsganges finden sich die Körnchen nicht.

In welchem Verhältnis stehen nun diese gelben Körnchen zu den von den Autoren erwähnten corpuskulären Elementen?

Ehe ich an die nicht ganz leichte Beantwortung dieser Frage gehe, will ich vorausschicken und ausdrücklich betonen, dafs, wenn im Nachstehenden beim Vergleich meiner Befunde mit den Angaben der Autoren in bezug auf die Körnchen die Ausdrücke „different" resp. „identisch" gebraucht werden, immer hinzuzudenken ist, „soweit das mit den zurzeit zur Verfügung stehenden Methoden zu entscheiden möglich ist." Ich halte es gerade bei der Entscheidung der obigen Frage für sehr wichtig, sich die Unvollkommenheit der Methoden stets vor Augen zu halten, weil mir manches dafür zu sprechen scheint, dafs gewisse Dinge, die wir jetzt noch als untereinander different bezeichnen müssen, sich schliefslich als in nahen Beziehungen zueinander stehend und als miteinander identisch erweisen könnten.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

Sitzung vom 12. November 1907.

1. HOFFMANN demonstriert einen Mann mit **Pseudopelade** (BROCQ) und einen Mann, welcher im Anschlufs an tiefe, aber unter Schwefelzinkpaste schnell heilende Abscesse, die die Kopfhaut weithin unterminierten, kahle Stellen bekommen hatte. Gegenüber HELLER bringen HOFFMANN und ARNDT klinische Unterscheidungsgründe gegen Folliculitis decalvans bei. Pilze sind ebensowenig wie Bakterien gefunden worden.

2. HOFFMANN berichtet über ein allgemeines **phlyktaenuläres Exanthem bei Blennorrhoe.**

3. HOFFMANN legt die Kurve eines Patienten vor, der anscheinend an einer **fieberhaften Lungenphthise** litt, und bei dem **durch Jodkalium** Fieber und Lokalerscheinungen **rapide schwanden.** H. ISAAC berichtet einen ähnlichen Fall aus seiner Beobachtung, in welchem aber auch noch wirkliche Tuberkulose bestand. SAALFELD, ROSENTHAL, LESSER machen auf das nicht allzu seltene Vorkommen derartiger Fälle und auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose aufmerksam. RICHTER erwähnt, dafs in der Literatur einige Beobachtungen von günstiger Wirkung des Jodkalium auf Tuberkulose vorhanden sind. HOFFMANN rät zu vorsichtiger Beurteilung und Nachprüfung solcher Angaben, z. B. auch der von WOLTERS, dafs Kehlkopftuberkulose durch antisyphilitische Therapie gebessert werden könne.

4. ARNDT demonstriert einen alten Mann mit **Lichen planus,** welcher am **Kopf** atrophische haarlose Plaques, am **Anus** leukoplakieartige Stellen der Eruption hat.

5. ARNDT demonstriert einen Mann, welcher seit 20 Jahren **am rechten Schulterblatt** ein über handtellergrofses, ganz flaches **Kankroid** trägt. Nur am Rande befindet sich ein ganz schmaler Streifen, der auf die Carcinomnatur hindeutet, die aber durch die histologische Untersuchung bestätigt wird. Es gehen vom Epithel multiple, solide Zapfen in die Cutis hinein. Keine Verhornung. Auf SAALFELDS Anfrage, ob nicht die Entstehung aus einer seborrhoischen Warze möglich wäre, erwidert HOFFMANN, dafs diese Carcinome ganz anders aussähen, und ARNDT, dafs aus seborrhoischen Warzen so gut wie nie Carcinome entständen, während sie auf dem Keratoma senile der Hände und des Gesichts sehr häufig seien.

6. ARNDT demonstriert ein Mädchen mit **Pityriasis rubra pilaris,** bei der mehr diffuse Keratose in umschriebenen Herden, **psoriasisähnlich,** bestand und nur sehr genaue Untersuchung die follikuläre Hyperkeratose erkennen liefs. BLASCHKO und ROSENTHAL weisen auf die Abweichungen vom typischen Bilde hin, ARNDT bespricht die lokalisierten Formen der Pityriasis rubra pilaris im Gegensatz zur gewöhnlichen, universellen Form.

7. M. MARCUSE demonstriert einen 31jährigen Mann, der vor $^1/_4$ Jahr eine schnellschwindende Ulceration am Kehlkopfeingang gehabt hat. Jetzt hat er seit kurzem wieder eine **tiefe Ulceration an der Unterlippe.** SAALFELD vermutet eine Antipyrinwirkung als Ursache, auch LESSER neigt zu medikamentöser Ätiologie.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XI. Oktober 1907. Heft 1.

I. **Die Behandlung der Syphilis mit Mergal,** von S. Ehrmann. Die bequeme Art der inneren Darreichung von Quecksilber, welche in Frankreich sehr viel angewendet wird, hat sich bisher in Deutschland und Österreich noch wenig eingebürgert. Der Grund dafür beruht darin, daſs die Berührung des Quecksilbers mit der Magenwand für kurze oder auch lange Zeit, wenn nicht dauernd, Darmstörungen hinterlieſs. Auch nahm man an, daſs das vom Darme resorbierte Merkur nicht gleichmäſsig im Körper sich verteilt, und daſs ein groſser Teil des Körpers nicht hinreichend mit den quecksilberhaltigen Blut- und Gewebsäften durchsetzt sei, als daſs die wohl in allen Organen vorkommenden Krankheitserreger gleichmäſsig davon beeinfluſst werden könnten. Doch hat die Erfahrung gelehrt, daſs ein internes Präparat wünschenswert ist in Fällen, wo die äuſseren Bedingungen für die seit langem erprobte Einreibungs- und Injektionskur absolut nicht erfüllt sind, wo diese beiden nicht vertragen werden und für die intermittierende Kur bei Kranken, welche eine öftere Injektions- oder Schmierkur nicht mitmachen können. Ein solches günstig wirkendes Präparat ist das Mergal-Riedel, welches Ehrmann bei 20 Kranken in Dosen von 0,05 drei- bis sechsmal täglich anwandte. In allen Stadien der Lues war der Erfolg ein bemerkenswerter. Von keinem Patienten wurde über irgendwelche Beschwerden geklagt, und war die Resorption des Quecksilbers eine rasche, seine Heilwirkung stand der der anderen Kuren nicht nach. Dabei kann man die Menge des zuführenden Quecksilbers exakt dosieren, die Resorption ist eine gleichmäſsige und das Mittel wird, wie gesagt, gut vertragen. Jedenfalls kann man mit dem Mergal die antisyphilitische Kur leichter, angenehmer, bequemer und streng diskret durchführen.

II. **Spirochaeta pallida im Lichen syphiliticus,** von Lichtmann-Cöln. Patientin zeigte einen Lichen syphiliticus am Halse. Zur histologischen Untersuchung wurde ein isoliert stehendes Knötchen exzidiert, dessen Befund aufs genaueste beschrieben wird. Bei der starken Vergröſserung findet man in der Bindegewebsschicht des Haarbalgs in den dicht aneinandergefügten, wellig verlaufenden, gequollenen Fasern des kollagenen Bindegewebes mit deutlichen steilen Windungen versehene, zahlreiche Spirochaetae pallidae, die an einzelnen Stellen dem Verlaufe der kollagenen Fibrillen sich genau anpassen, an anderen mehr gestreckt und mitunter geknickt vorkommen. Von der inneren Bindegewebsschicht des Haarbalges dringen zahlreiche Spirochäten in die äuſsere epidermoidale Schicht bis an die innere Wurzelscheide ein. Ein derartiger Fund der Spirochaeta pallida in der Epidermisschicht des Haarbalges ist bisher selten. Die Spirochäten fanden sich in den einzelnen Schnitten nur dort, wo der Haarbalg entweder der Länge nach oder schräg getroffen wurde. Auſserhalb der Haarscheiden fanden sich trotz sorgfältiger Durchmusterung keine Spirochäten.

III. **Therapeutische Revue,** von Max Joseph. Sajodin wird auch bei sonstiger Jodidiosynkrasie vertragen, ruft keine Verdauungsstörungen hervor und ist ein sehr nützliches Jodpräparat, ebenso wie das Jodipin, welches sich gut bei cerebrospinalen Störungen bewährt. Jothion ist brauchbar bei Parametritiden, bei Sycosis non parasitaria und Blepharitis ciliaris sowie Erysipel. Das Fibrolysin wird empfohlen bei Harnröhrenverengerungen in Form von Injektionen, das Neoaspirin für juckende

Dermatosen und das Alypin für die Infiltrationsanästhesie in Verbindung mit Kokain. Protargol gilt nach wie vor für ein gutes Trippermittel und das Helmitol wirkt oft glänzend bei Cystitis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 9.

1. **Beitrag zur Kenntnis des Naevus (systematisatus) ichthyosiformis,** von von Carl Bohaç-Prag. Im Anschluſs an eine kurze Übersicht über die von den verschiedensten Autoren aufgestellten Hypothesen bezüglich der Entstehung der systematisierten Naevi beschreibt B. einen Fall von Naevus (systematisatus) ichthyosiformis, der sich durch eine fast über den ganzen Körper reichende Ausdehnung auszeichnete und neben dem sehr deutlich ausgeprägten Liniensystem an manchen Stellen auch eine flächenförmige Ausbreitung erkennen lieſs. Es handelte sich um ein sechsjähriges, kränkliches Mädchen, dessen Kopf, Hals, Stamm und Extremitäten von teils strich-, teils flächenförmig angeordneten, gelblich oder braun bis bräunlich-grün gefärbten Knötchen und warzenartigen Bildungen bedeckt waren. Die Knötchen, die den gröſsten Teil der Affektion bildeten, stellten sich als stecknadelkopfgroſse, das Niveau der umgebenden Haut eben noch überragende, zum Teil einzelnstehende, zum Teil dicht aneinander gelagerte Erhabenheiten mit abgeplatteter, unebener, rauher Kuppe dar. Daneben fanden sich in den Knie- und Ellenbogenstreckseiten, in den Achselhöhlen und in deren Umgebung gröſsere und höhere warzenartige Bildungen mit stark verhornter und zerklüfteter Oberfläche. Die braune bis bräunlich-grüne Farbe der Knötchen und Warzen war durch festhaftende Staub- und Schmutzpartikelchen bedingt. Flächenhafte Ausbreitung, also Lokalisation in den Dermatomen selbst, wiesen die Effloreszenzen vorwiegend in der Umgebung der Ellenbogen und Kniegelenke auf; im übrigen waren sie zu einem System von Linien und Streifen vereinigt, die im allgemeinen am Rumpf quer, an den Extremitäten in der Längsrichtung angeordnet erschienen. Die Linien stimmten im groſsen und ganzen mit dem System von Linien überein, innerhalb deren nach Blaschko die strichförmigen Naevi und Dermatosen überhaupt verlaufen. Diese Übereinstimmung weist darauf hin, daſs den Linien eine gesetzmäſsige Bedeutung zukommt; sie entsprechen vermutlich dem metameralen Aufbau der Haut. — Als auffallendste histologische Veränderung wurde in dem beschriebenen Falle eine starke Verdickung der Hornschicht und papillärer Aufbau der Haut festgestellt.

2. **Über vasomotorische Reflexneurosen und verwandte Krankheitsbilder,** von Rudolf Polland-Graz. Bei einem 25jährigen Mädchen hatte sich auf dem linken Handrücken infolge der Exzision einer Warze ein Keloid gebildet, das lebhaft schmerzte und, mehrmals abgetragen, immer wiederkehrte, bis nach abermaliger Entfernung der Defekt durch Hauttransplantation nach Thiersch gedeckt wurde. Einige Wochen später entstanden an der Operationsstelle am Handrücken und in deren Umgebung, am linken Vorderarm und am Oberschenkel, da wo der Hautlappen entnommen worden war, zahlreiche, solitär stehende, hanfkorn- bis stecknadelkopfgroſse Bläschen, die nach eitriger Trübung ihres Inhalts rasch platzten und dann einen anscheinend tiefer in die Cutis reichenden Blasengrund erkennen lieſsen und fast durchweg zarte Narben hinterlieſsen. Im weiteren Verlaufe zeigten sich die gleichen solitären Bläschen am linken Oberarm, an der linken Schulter, der linken Halsseite und endlich auf der linken Seite des Rumpfes. An der Stelle des Keloids traten anfallsweise Schmerzen von neuralgischem Typus auf, die meist von neuen Eruptionen gefolgt waren. Die Haut zwischen den Effloreszenzen war normal, Jucken bestand nicht.

Der Prozefs, der sich durch therapeutische Mafsnahmen nicht beeinflussen liefs, kam nach einiger Zeit von selbst zum Stillstande, allmählich hörten auch die neuralgischen Schmerzen auf. — Es handelte sich nach Ansicht P.s um eine reine Reflexneurose im Sinne Kreibichs: die Neuralgie im Keloid stellte einen peripheren Reiz dar, der mittels den sensiblen Nervenbahnen zentripetal zum Vasomotorenzentrum geleitet wurde, auf dem Wege des Reflexes zunächst an den Ort des Reizes zurückkehrte und hier als Blase zum Ausdruck kam; die durch den anhaltenden Reiz sich steigernde vasomotorische Erregbarkeit führte zur Bildung weiterer Blasen an verschiedenen Stellen. Zum Zustandekommen der Affektion war, abgesehen von dem peripheren Reiz, eine von Haus aus abnorm hohe oder durch den langen Bestand des Leidens gesteigerte Erregbarkeit des Vasomotorenzentrums nötig. Von den bisher beschriebenen Reflexneurosen der Haut unterschied sich der Fall dadurch, dafs die kolliquativen Blasen ausschliefslich solitär standen und keine herpetische Gruppierung aufwiesen.

Eine neurotische Hautaffektion, die gewisse Beziehungen zu den Reflexneurosen zu haben scheint, beobachtete P. bei einer 27jährigen, kräftigen, nicht hysterischen Köchin, bei der sich seit vier Jahren von Zeit zu Zeit ohne nachweisbare Ursache morgens Kopfschmerzen und Üblichkeit und ein an der einen Gesichtshälfte beginnendes und rasch über den ganzen Körper sich ausbreitendes Kältegefühl einstellen; dann treten im Gesicht blutrote, brennende Flecken auf, die befallene Gesichtshälfte schwillt namentlich in der Umgebung der Augen stark an und zum Schlusse zeigen sich an beiden Vorderarmen quaddelartige, heftig juckende Flecken, in deren Bereiche sich verschieden grofse, mit klarem Serum prall gefüllte Blasen bilden. Am nächsten Tage gehen Schwellung und Rötung zurück, die Blasen platzen oder sinken ein, am dritten Tage ist meist alles bis auf Blasenreste verschwunden, und auch diese heilen unter Hinterlassung zarter Narben rasch ab. Die Anfälle, die nach Angabe der Patientin nur in Graz auftraten, bei mehrmaligem Aufenthalt an anderen Orten dagegen ausgeblieben sind, lassen sich weder durch lokale noch durch allgemeine Therapie verhüten. — Auch hier handelt es sich um eine Hautneurose, allerdings nicht um eine Reflexneurose im Sinne Kreibichs, da insbesondere ein peripherer, sensibler Reiz nicht nachweisbar ist; wahrscheinlich liegt eine vom Zentrum, d. h. vom Gehirn ausgehende Reizung des Vasomotorenzentrums vor.

3. **Über Heilung eines Falles von primärer, ascendierender Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber,** von Wolters. Körner - Rostock hat in den letzten Jahren mehrfach über Heilung primärer Tuberkulose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber berichtet; nach seiner Erfahrung sind „die angeblich für Lues charakteristischen, weifslichen, strahligen Narben am weichen Gaumen und an der hinteren Schlundwund, sowie Gaumendefekte und Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Schlundwand viel häufiger eine Folge von Tuberkulose als von Lues“. In all den bisher mitgeteilten Fällen, die W. zum grofsen Teile mitbeobachtet hat, ist die Diagnose nur auf Grund des klinischen Bildes und des histologischen Befundes gestellt worden, während Bazillennachweis und Tierexperiment fehlen; sie können daher nicht als einwandfrei gelten. Neuerdings aber wurde von Körner in einem Falle von primärer Tuberkulose des Schlundes und Kehlkopfes, in dem die Diagnose nicht nur durch den klinischen und mikroskopischen Befund, sondern auch durch den Nachweis von Tuberkelbazillen in dem krankhaft veränderten Epiglottisgewebe und durch das Tierexperiment absolut sichergestellt war, durch Gebrauch von Jodkalium und Injektionen von Hydrargyrum salicylicum ohne jede Lokalbehandlung Heilung erzielt. Im Verein mit den früher von Körner und ähnlichen, von anderen Autoren gemachten Beobachtungen, beweist dieser Fall, dafs Jod und Quecksilber keine für Lues spezifischen Heilmittel sind, sondern auch primär

ascendierende Tuberkulose der oberen Luftwege zu heilen vermögen. Die durch Behandlung mit Jod und Quecksilber bewirkte Vernarbung von Ulcerationen der oberen Luftwege ist darum an sich kein Beweis für die luetische Natur des Prozesses, und strahlige Narben am Gaumen, Rachen oder Kehlkopf können ebensogut tuberkulösen wie luetischen Ursprungs sein. Ob nur die primäre ascendierende Tuberkulose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber geheilt werden kann, oder ob auch andere Formen, vielleicht bei anderen Applikationsmethoden, darauf reagieren, mufs erst durch weitere Studien festgestellt werden. *Götz-München.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band V, Heft 6.

Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Cöln, von Ferdinand Zinsser-Cöln. Die Zahl der zur polizeiärztlichen Untersuchung kommenden Dirnen beträgt in Cöln rund 300. Die ärztliche Untersuchung hat nur einen relativen Wert, weil sich bei den Dirnen eine geradezu raffinierte Technik im Verwischen und Verbergen der Spuren ihrer Krankheit ausgebildet hat. Damit erklärt es sich, dafs bei den einzelnen Untersuchungsterminen nicht mehr als 1—2 % der inskribierten Dirnen krank befunden werden. Dafs aber die regelmäfsig kontrollierte Prostitution relativ ungefährlich ist, ergibt die Tatsache, dafs bei nicht regelmäfsig untersuchten Prostituierten 7,2 %, bei aufgegriffenen nicht unter Kontrolle stehenden Dirnen 33,3 % Kranke waren. Die Zahl der heimlichen Prostituierten läfst sich nicht einmal schätzungsweise festlegen. Die zweifellos besonders starke Nachfrage nach Prostituierten in Cöln findet ihre Erklärung darin, dafs Cöln als ein Knotenpunkt des internationalen Verkehrs der Glücksritter, Spieler und reisenden Dirnen bekannt ist.

Die Zahl der offiziell geduldeten Dirnenhäuser beträgt 100, in denen gewöhnlich zwei Prostituierte wohnen. Aufserdem gibt es 53 notorisch bekannte Absteigequartiere. Diese letzteren werden nicht nur von inskribierten Dirnen, sondern in noch weit höherem Mafse von den Klandestinen benutzt; sie bilden die gröfste gesundheitliche und sittliche Gefahr. Bezüglich der Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der Prostituierten teilt Zinsser die Ansichten Kampffmeyers, welche dieser in der *Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,* Band III, Nr. 5 und 6 ausgesprochen hat. Die Einrichtung städtischer Dirnenquartiere würde eine Abnahme der heimlichen Prostitution, eine Erleichterung und Verbesserung der ärztlichen Untersuchung, eine Verminderung der sittlichen Gefahren der Jugend, einen anständigen Strafsenverkehr, eine Besserung der Lebensverhältnisse der Prostituierten und eine wesentliche Erleichterung ihrer Rückkehr in ein anständiges Leben bewirken.

Prostitution, Polizei und Justiz, von Clausmann-Elberfeld. Die Prostitution ist die Hauptquelle der venerischen Infektion. Daher hat der Staat die Pflicht der Kontrolle der Prostituierten. § 361,6 Str.-G.-B. ergibt kein Wort eines Verbotes der gewerbmäfsigen Unzucht, sondern lediglich ein Verbot der Kontrollentziehung. Die näheren Bestimmungen über die Kontrollvorschriften sind den Polizeiverwaltungen überlassen. Diese Polizeiverordnungen sind nach Ansicht des Verfassers meist zu rigoros; durch sie wird die ärztliche Kontrolle nicht in den Vordergrund gestellt, sondern das Los der Kontrollierten unerträglich gestaltet. Der Verfasser verlangt, dafs bei einer Neuredaktion des Strafgesetzbuches die ärztliche Kontrolle zum Mittelpunkt des Prostituiertenreglements wird; dafs die Stellung unter Kontrolle nicht durch die Polizei, sondern nur durch den Richter nach vorausgegangenem Strafverfahren, noch besser nur durch das Schöffengericht ausgesprochen werden sollte. Weiter ist eine Reform des Strafrechtes notwendig, die den Gerichten nicht blofs die Gewalt

zur Überweisung an das Arbeitshaus gibt, sondern sie auch ermächtigt, die Dauer der Nachhaft in der Arbeitsanstalt festzusetzen. Die jetzige Behandlung der Prostituierten durch die Polizei und durch die Gerichte, sowie durch die meist menschenunwürdige Krankenhausbehandlung macht eine gesunde Prostitution unmöglich und unterstützt die unkontrollierte Prostitution mit ihrer Nebenerscheinung der häufigen Geschlechtskrankheiten.

Heft 7.

Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bezw. Melderecht, und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von Magnus Möller - Stockholm. Das schwedische Recht legt gebührenden Wert auf den Schutz des privaten Vertrauensverhältnisses, welches für eine zuverlässige und richtige Krankenpflege eine notwendige Voraussetzung ist, aber es bindet den Arzt nicht vollständig an die willkürliche Zustimmung des Patienten, sondern gewährt auch Raum für die Anforderungen des Gemeinwohls. Die Meldepflicht möchte der Verfasser den heutigen Zeitverhältnissen entsprechend dahin feststellen, daſs jeder Arzt, der einen Fall von ansteckender Geschlechtskrankheit untersucht oder behandelt hat, dem Gesundheitsamt Anzeige von der Krankheit, Geschlecht und Alter des Kranken macht, die Ansteckungsquelle, wo sie ermittelt werden konnte, angibt, ferner mitteilt, wenn eine bei ihm in Behandlung befindliche, mit ansteckenden Symptomen behaftete Person vor der Zeit die Behandlung unterbricht oder durch ihre Lebensweise andere der Ansteckungsgefahr aussetzt. In diesem letzteren Falle soll Name und Wohnung des Kranken angegeben werden. (Schluſs folgt.)

Die Abiturientenvorträge über das Geschlechtsleben, von E. von den Steinen-Düsseldorf. In einem Abiturientenvortrag soll der Fortpflanzungsgedanke den Mittelpunkt bilden und das Geschlechtsleben adeln. Im zweiten, praktischen, Teile sollen gute Ratschläge bezüglich der Enthaltsamkeit folgen. Nach kurzer Schilderung von Tripper und Syphilis ist ein Wort über die Onanie am Platze.

Die Neisserschen Syphilisforschungen auf Java. Auszugsweise Mitteilung des Neisserschen Arbeitsplanes, wie er in Neissers an die Reichsbehörden gerichteter Eingabe enthalten ist.

Heft 8.

Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bezw. Melderecht, und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten, von Magnus Möller - Stockholm. (Fortsetzung.) Nachforschungen wegen der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten ergaben in Stockholm, daſs die Männer der Arbeiterklasse ihre Geschlechtskrankheiten hauptsächlich durch Verbindung zufälliger Art erwerben. Name und Wohnung der ansteckenden Weiber waren den Patienten in über 65 % der Fälle unbekannt. Als Ansteckungsquelle spielt die Prostitution und nicht am wenigsten die kontrollierte, eine dominierende Rolle. Von den infizierenden Frauen waren unter Kontrolle 37,8 %, wahrscheinlich unter Kontrolle 18,9 %, und „in Stellung“ 43,3 %. Auch von diesen letzteren hatten mehr als der fünfte Teil Bezahlung verlangt. Die gelegentlichen und daher gefährlichen Verbindungen werden meistens auf der Straſse gestiftet, worauf die Paare gewöhnlich „ins Hotel“ gehen. Der Beischlaf hatte in mehr als einem Drittel sämtlicher Fälle in einem sog. Partiehotel, zu einem Fünftel im Freien, zu einem Fünftel in der Wohnung des Mannes, zu einem Siebentel in der Wohnung des Weibes stattgefunden. Von den Kontrolldirnen hatte etwa die Hälfte „im Hotel“ verkehrt. Wenn der Beischlaf im Hotel oder im Freien stattgefunden hatte, waren Name und Adresse des Weibes den Patienten in nur 8—13 % der Fälle bekannt, dagegen in etwa 25 % bei Beischlaf in der Wohnung des Mannes und in 70 % bei solchen in der

Wohnung des Weibes. Beischlaf in der Wohnung des Mannes oder des Weibes hatte in einem Drittel der Fälle mit „Mädchen in Stellung“ stattgefunden. Bei etwa einem Fünftel von 661 Infektionen waren die Aufklärungen betreffs der Ansteckungsquelle hinreichend bestimmt, um mit Aussicht auf Erfolg eine Nachforschung vornehmen zu können. 67,7 % der Männer gaben an, bei der Infektionsgelegenheit betrunken gewesen zu sein.

Heft 9.

Zur Frage der Inskription unter sittenpolizeiliche Aufsicht mit besonderer Berücksichtigung Dortmunder Verhältnisse, von J. Fabry-Dortmund. An dem Beispiel der Stadt Dortmund zeigt der Verfasser, daſs es sehr wohl möglich ist, der Einschreibung in die Listen der Sittenpolizei viele Härten zu nehmen, wenn gut organisierte Frauenvereine Hand in Hand mit den Behörden arbeiten und wenn sie vor allem in der Lage sind, den Mädchen für kürzere und auch längere Zeit Unterkunft zu gewähren; hieran fehlt es aber in den meisten Städten noch sehr. Es wäre an der Zeit, daſs Staat und Gemeinde in dieser Frage die private Wohltätigkeit unterstützen. Wenn es auch niemals gelingen wird, in groſsen Städten die Prostitution zu beseitigen, so ist doch Pflicht, alles zu tun, was dazu beiträgt zu verhüten, daſs Mädchen aus Not und ohne eigenes Verschulden der Prostitution in die Arme getrieben werden.

Skizzen aus Holland, von J. Rutgers-Haag.

I. Bordellwesen. In Amsterdam, sowie in 19 gröſseren und mittelgroſsen Städten Hollands ist das Halten von Bordellen auf Ratsbeschluſs bei Strafe verboten und die sittenpolizeiliche Kontrolle aufgehoben.

II. Sanitätspolizeiliche Kontrolle der Prostituierten. In 33 Städten Hollands haben die Abolitionisten durchgesetzt, daſs die sittenpolizeiliche Kontrolle abgeschafft wurde.

III. Rettungswesen. In Holland gibt es 22 Rettungsasyle.

IV. Mädchenhandel. Das Nationalkomitee zur Bekämpfung des Mädchenhandels hat ein Informationsbureau eingerichtet, um den Interessenten Auskunft zu geben, ob eine Adresse gut sei. Auſserdem ist eine Bahnhofsmission in Amsterdam, Rotterdamm, Haag und Groningen organisiert.

V. Die modernen hygienischen Bestrebungen. In Rotterdamm besteht eine kommunale Poliklinik mit unentgeltlicher Behandlung und Medikamenten. — In Prostitutionsanstalten dürfen keine Alkoholika verkauft werden.

Heft 10.

Über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten beim Stillgeschäft, von Galewsky-Dresden. In Dresden ist an das Säuglingsheim eine Ammenuntersuchung angegliedert. Unter 1015 Ammen wurden 15 Fälle von Lues, 17 von Blennorrhoe, 20 von eitrigem Fluor, 9 von Papillomata acuminata gefunden. Anzustreben ist eine Reichs-Ammenordnung, welche für das ganze Reich gleichmäſsig die Versorgung mit Ammen, die ärztliche Untersuchung, die Meldepflicht beim Wegzug regelt. Sollte sich dies nicht ermöglichen lassen, so wäre entweder an eine Verstaatlichung der Ammenuntersuchung in jedem Einzelstaate zu denken, zum mindestens aber an offizielle Vorschriften seitens der städtischen Behörden, insbesondere an den Zwang der Ammenuntersuchung.

Zur Verschwiegenheitspflicht der Ärzte, von Ludwig Bendix - Berlin. Ein Arzt hatte es für seine Pflicht gehalten, eine Frau vor einer Ansteckung ihrer Kinder und insbesondere eines Impflings durch ihre Schwägerin zu warnen, da letztere an einer ansteckenden Krankheit leide. Der Richter verurteilte den Arzt, weil er durch seine Äuſserung ein ihm kraft seines Gewerbes als Arzt anvertrautes Privatgeheimnis

offenbart habe. Das Reichsgericht aber hob das Urteil auf, weil es der Ansicht war, daſs eine Befugnis des Arztes zur Offenbarung von Privatgeheimnissen, die ihm kraft seines Gewerbes anvertraut sind, auch durch anderweite Berufspflicht begründet werden könne.

Dem Verfasser will diese Ausübung der Berufstätigkeit als nicht gewissenhaft erscheinen. Nach seiner Ansicht hätte der Arzt die syphilitisch Erkrankte veranlassen sollen, ihn von der Rechtspflicht des Schweigens zu befreien. Im Falle ihrer Weigerung hierzu wäre seine Offenbarung zwar ehrengerichtlich und ethisch unantastbar gewesen, aber die alsdann noch erforderliche Bestrafung hätte der Arzt auf sich nehmen müssen.

Heft 11 und 12.

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen, von Wilh. Erb-Heidelberg. Die Statistik des Verfassers erstreckt sich auf 2000 über 25 Jahre alte Männer; von ihnen hatte die Hälfte vor der Ehe Blennorrhoe gehabt. Zur Statistik der Folgen des Trippers beim Manne für die Ehefrau und deren Fruchtbarkeit verfügt der Verfasser über 400 Einzelfälle, überhaupt unterleibsleidend nur 6,25 %. Was die Fruchtbarkeit dieser Ehen anlangt, so fanden sich unter 370 Fällen bei gesund gebliebenen Frauen nur 44 kinderlose Ehen. Von der vielverschrienen Vergiftung der Ehen durch den Mann, von der dem Tripper aufzubürdenden Unfruchtbarkeit ist also hier wenig zu merken.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Österreich, von E. Finger-Wien. Prophylaxe durch die Behandlung und Prophylaxe durch die Belehrung und durch gesetzliche Bestimmungen. Unter eingehender Schilderung der Verhältnisse in anderen Ländern zieht der Verfasser Schlufsfolgerungen für die in Österreich zu treffenden Maſsregeln.

Über moderne Syphilisforschungen, von Hans Hübner-Frankfurt. Populäre Darstellung der Affenimpfung und der Entdeckung der Spirochaeta pallida Schaudinn.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band IV, Heft 2/3.

Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise, von Iwan Bloch-Berlin. Abdruck aus „*Medizinische Klinik*“, 1907, Nr. 10. Referat in diesen *Monatsheften*, Bd. 43, Nr. 2, Seite 108.

Band IV, Heft 4/5.

Die Neisserschen Syphilisforschungen auf Java. Die auszugsweise gebrachte Eingabe Neissers an die Reichsbehörden gibt einen Einblick in Neissers Arbeitsplan.

Band IV, Heft 6.

Geschlechtskrankheiten und Nervenleiden, von H. Oppenheim-Berlin. Die Geschlechtskrankheiten wirken nicht nur meist direkt auf das Nervensystem ein, sondern beeinflussen auch oft indirekt durch Gemütsbewegungen, wie Kummer, Sorge, Scham, Furcht, das Seelenleben schädlich. So sind Neurasthenie und Hypochondrie die häufigsten Begleiterscheinungen des chronischen Trippers, und auch die Syphilidophobie ist nur eine Form hartnäckiger Nervosität. Die gröſsten Gefahren aber drohen dem Nervensystem von der Syphilis. Gesteigert werden diese Gefahren durch Alkoholmiſsbrauch und geschlechtliche Ausschweifungen, sowie durch körperliche und geistige Strapazen.

Die Prüderie als Ursache körperlicher Schädigungen, von KARL RIES-Stuttgart. Falsche Schamempfindung, verbunden mit Mangel an Verantwortungsgefühl und Gewissenhaftigkeit, läſst oft eine Ehe schlieſsen, aus der für die Gatten und die Kinder viel Unheil erwächst. Aufklärung im Elternhause über Geschlechtsverhältnisse, über die Geschlechtskrankheiten, über die Ehe und über ein gesundes und natürliches Geschlechtsleben ist eine notwendige Maſsnahme, durch welche die oft unsinnigen, prüden Ansichten mancher Gesellschaftskreise zu bekämpfen sind. Mit einer Reihe von Erlebnissen veranschaulicht der Verfasser die traurigen Folgen ungesunder Schamempfindlichkeit. *Schourp-Danzig.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1907. Heft 8—9.

Über tuberkuloide Sporotrichosen, von DE BEURMANN und GOUGEROT. Die Arbeit wird in dem nächsten Heft fortgesetzt.

Ein Fall von Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi, von POISOT. Ein 33jähriger Lokomotivheizer hatte im Anschluſs an eine Verletzung eine Acne necrotica der Nase bekommen, die ganz den Eindruck eines tuberkulo-ulcerösen Syphilids machte und anfangs auch als solches von den erfahrenen Kennern des Hôpital Saint-Louis behandelt wurde. Erst die Erfolglosigkeit der spezifischen Behandlung und ein gründliches Abwägen aller Symptome führte zur richtigen Diagnose und zur Beseitigung des Leidens. Die pockenartigen Narben und die Hautröte blieben freilich bestehen.

Heft 10.

1. **Nachruf für ADRIEN DOYON, BESNIER und THIBIERGE.**

2. **Ein neuer Favuspilz** (Achorion gypseum), von E. BODIN. B. hat diesen Pilz unter vielen hundert Fällen von Favus nur einmal, und zwar bei einer 30jährigen Arbeiterin, gefunden. Hier bildete er auf der rechten Wange einen erythematösschuppigen Fleck, auf dem sich vier Favuskelche von bekannter Beschaffenheit vorfanden. Über die etwaige Ursache dieser Mykose lieſs sich gar nichts ermitteln.

Das Achorion gypseum gedeiht auf allen dem Trichophyton geeigneten Nährböden. Es hat, wie die meisten niedern Pilze, einen polymorphen Charakter, denn es läſst sich bei den Kulturen ein glatter (type plâtreux) und ein behaarter Typus (type duveteux) unterscheiden. Seiner Morphologie und seiner Biologie nach gehört er zu den Mucedineen, wie die Trichophyton- und die Mikrosporonarten. Bei Impfungen auf Mäuse und Kaninchen entsteht Favus nur mit dem Pilz Type plâtreux, während solche mit dem Type duveteux völlig versagen. Die Impfung muſs eine ganz oberflächliche sein; die subcutane Einverleibung des Pilzes ist von keinen Folgen begleitet; darin unterscheidet er sich vom Trichophyton gypseum, das bei subcutaner Einführung beim Meerschweinchen Entzündung und Eiterung erzeugt.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1907. Band II, Heft 16.

1. **Technik der Röntgenuntersuchung der Harnwege**, von ARCELIN. A. hat für die Röntgenuntersuchung der Harnwege und speziell für die Diagnose der Nierensteine mittels Röntgenstrahlen zum Teil neue Vorrichtungen ersonnen und auch eine eigene Technik sich zurechtgelegt. Die wichtigste Neuerung im Verfahren A.s ist, daſs er zur Kompression der Bauchwand bei der Untersuchung auf Nierensteine einen

mit Luft gefüllten Gummiballon verwendet, der durch eine entsprechende Vorrichtung an die Bauchwand angepreſst wird und sich dieser wie jeder anderen Körperregion in geradezu idealer Weise anschmiegt; die Röhre ist von der Kompressionsvorrichtung vollständig getrennt. Die Röntgenuntersuchung, wie A. sie ausführt, gibt Aufschluſs nicht nur über die Zahl der Steine und ihre Lage, sondern auch über ihr ungefähres Gewicht.

2. **Blennorrhoischer Nierenabsceſs,** von Tédenat-Montpellier. Bei einem 24jährigen Manne, der niemals einen Tripper gehabt haben will und nur vor sechs Jahren einen ganz leichten, drei bis vier Tage andauernden Reizzustand der Harnröhre ohne merkbaren Ausfluſs an sich beobachtet hat, traten unter Temperatursteigerung heftige Schmerzen und eine bedeutende Schwellung in der linken Nierengegend, sowie starke Pyurie auf. Der Urin enthielt auſser dem Eiter zahlreiche Kolibakterien und einzelne Gonokokken, der Eiter stammte, wie die intravesikale Trennung des Urins ergab, ausschlieſslich aus der linken Niere; im bulbären Teil der Harnröhre war eine Striktur vorhanden. Bei der Operation, die ein Jahr nach Beginn der Erkrankung vorgenommen wurde, wurde zunächst eine hochgradige Perinephritis gefunden, die Niere war höckerig, die Rindenschicht durchsetzt von zahlreichen Abscessen; auch die Nierenkelche enthielten Eiter. Die Niere muſste entfernt werden, der Kranke genas. Im Eiter wurden einzelne Kolibakterien und Staphylokokken, auſserdem aber zahlreiche Gonokokken nachgewiesen.

Der Fall ist bemerkenswert, einmal weil die ursächliche Urethritis auſserordentlich unbedeutend gewesen ist, dann aber wegen des bakteriologischen Befundes. Der Eiter von Nierenabscessen enthält nämlich nur selten Gonokokken; wenn diese auch häufig genug eitrige Nierenentzündungen hervorrufen, so verschwinden sie zumeist in der kranken Niere sehr rasch, um anderen Mikrobien, Kolibakterien oder Staphylokokken Platz zu machen. A. möchte deshalb die Nephritiden, die infolge chronischer Blennorrhoen auftreten, parablennorrhoische nennen.

Heft 17.

1. **Zwei Fälle von Perforation der Harnblase, einer infolge einer Coxitis, einer infolge einer tuberkulösen Cystitis,** von E. Pillet-Rouen. Bei einer jetzt 42jährigen Frau hatten sich im Laufe vieler Jahre im Anschluſs an eine linksseitige Coxitis mehrere Fisteln gebildet, die nicht zur Ausheilung gebracht werden konnten. Aus einer 2 cm oberhalb der Symphysis pubis befindlichen Fistel floſs Urin ab; durch die Urethra gingen mehrfach kleine Knochensequester weg. Zu P. kam die Patientin mit Schmerzen im Hypogastrium, die besonders durch Gehen und durch rasche Bewegungen im Liegen hervorgerufen wurden. Der Urin enthielt Eiter; die cystokopische Untersuchung lieſs auf der vorderen Blasenwand deutlich die von einem Schleimhautwulst umgebene innere Fistelmündung, auſserdem aber einen ca. 2 cm langen, 1 cm breiten Stein erkennen. Der Stein wurde mittels Lithotripsie entfernt sein Kern bestand aus einem Knochensplitter.

Der zweite Fall betraf ein Mädchen, bei dem wegen rechtsseitiger Nierentuberkulose eine Nephrostomie und bald darauf die Nephrektomie vorgenommen werden muſste. Die begleitende tuberkulöse Cystitis schien sich nach der Operation zu bessern, führte aber dann ganz plötzlich zu einer Perforation der Blasenwand; es entstand eine Blasenscheidenfistel. Der Versuch, diese operativ zu schlieſsen, miſslang.

2. **Spontane Heilung der Blennorrhoe im Verlaufe einer akut fieberhaften Erkrankung,** von Paul Noguès. N. hat vor etwa 20 Jahren eine Urethritis, die alle klinischen Charaktere der Blennorrhoe aufwies, vollständig und dauernd verschwinden sehen, als der Patient eine akute Pneumonie durchmachte; eine bakteriologische Untersuchung des Harnröhrensekretes war damals begreiflicherweise nicht

vorgenommen worden. Neuerdings aber hat N. beobachtet, wie eine auch durch den Nachweis von Gonokokken festgestellte Harnröhrenblennorrhoe im Laufe einer mit Temperatursteigerung bis über 40° einhergehenden Angina spontan ausheilte. Es handelte sich um einen jungen Mann, der schon mehrfach an Tripper gelitten hatte und immer mit Spülungen behandelt worden war. Vorzeitige Unterbrechung der Behandlung, wie sie bei dem leichtsinnigen Patienten öfter vorgekommen war, hatte jedesmal zum Auftreten eines Rezidivs geführt. Dagegen kam nach dem Überstehen der Angina, obwohl während derselben keine Spülungen gemacht worden waren, kein Ausfluſs mehr, nur auf Druck entleerte sich ein ganz kleiner Tropfen klarer Flüssigkeit; da auch Biertrinken und Coitieren kein Rezidiv mehr auslösten, sieht N. die Heilung als eine definitive an. — N. glaubt, daſs in beiden Fällen das hohe Fieber die Heilung bewirkt hat. Man kann sich das wohl erklären, da ja die Gonokokken gegen höhere Temperaturen sehr empfindlich sind; sie selbst verursachen nie Fieber, und ihre Kulturen sterben schon bei 39° ab.

Heft 18.

1. **Ein neues vervollkommnetes Cystoskop, das „Pancystoskop"**, von J. Baer-Wiesbaden. B. hat unter Benutzung aller durch die bisherigen Cystoskope erbrachten Erfahrungen ein neues Cystoskop konstruiert, das eine Besichtigung aller Teile der Harnblase und die Vornahme aller zur Diagnose erforderlichen Prozeduren und der notwendigen intravesikalen Eingriffe möglich machen soll. Das Ziel, jeden Teil der Blase belichten und sichtbar machen zu können, ist dadurch erreicht, daſs drei optische Systeme verwendet werden: die Nitzesche Optik, eine direkte Optik nach Boisseau du Rocher und die retrograde Optik Schlagintweits. Zur Vornahme von Blasenspülungen bedarf es nur geringfügiger Manipulationen; zur Einführung von Instrumenten, Ureterenkathetern, Schlingen usw. aber werden die der Untersuchung dienenden „groſsen" Optiken, die den äuſseren Schaft des Cystoskops vollständig ausfüllen, durch kleinere Optiken ersetzt. Der äuſsere Schaft bleibt, einmal eingeführt, bei allen Prozeduren liegen. Das Instrument, zu dem eine groſse Anzahl einzelner Teile gehören, wird von Reiniger, Gebbert & Schall-Erlangen hergestellt. Bezüglich der Details der Konstruktion muſs auf das Original verwiesen werden.

2. **Spät auftretende sekundär-syphilitische Nephritiden**, von A. Lévy-Franckel. Auſser den durch Ausscheidung sehr groſser Eiweiſsmengen charakterisierten akuten Nephritiden im floriden Sekundärstadium der Lues kommen auch spät, d. i. zwei bis drei Jahre nach der Infektion beginnende, sekundär-syphilitische akute Nierenentzündungen vor. Der Verfasser führt aus der Literatur zwei solche Fälle an, dazu kommt ein Fall, den er selbst beobachtet hat und hier ausführlich beschreib Die Eiweiſsausscheidung ist bei dieser Art der sekundär-syphilitischen Nierenentzündungen bei weitem keine so groſse wie bei Frühformen. Milchdiät und kochsalzfreie Ernährung bleiben ohne Einfluſs auf die Erscheinungen, die Ödeme und die Albuminurie lassen sich nur durch Quecksilberinjektionskuren mit oder ohne Gebrauch von Jod zum Verschwinden bringen. Einreibungskuren scheinen keinen Erfolg zu haben, vielleicht verhindern die Ödeme die percutane Resorption des Quecksilbers. Die syphilitische Natur der Nierenerkrankung festzustellen ist sehr schwer, da wohl zumeist anderweitige luetische Erscheinungen fehlen. Vielleicht darf man bei jeder akuten Nephritis, wenn die Ödeme bei Milchdiät oder kochsalzfreier Ernährung nicht zurückgehen, an Syphilis denken und spezifische Behandlung einleiten; wahrscheinlich wird dann auch die Zahl der Beobachtungen eine gröſsere werden.

Heft 19.

1. **Zwei Fälle von Neubildungen des Hodens**, von Genouville und Fenestre. Bei einem 35jährigen Manne fanden die Verfasser in der rechten Hälfte des Skrotums

einen fast mandarinengrofsen, soliden, harten, wenig druckempfindlichen Tumor, auf dem vorn oben, durch eine Furche deutlich abgegrenzt, der anscheinend unveränderte Hoden safs. Man mufste annehmen, dafs es sich um eine der seltenen Geschwülste handle, die von der Epididymis oder von den muskulären oder bindegewebigen Elementen des perivaginalen Gewebes ausgehen; ein Tumor des Hodens kam nach dem ganzen Befunde nicht in Frage. Auch bei der Operation nach Eröffnung des Skrotums erschien der Hoden makroskopisch intakt; er war durch ein zungenförmiges Gewebstück mit der Neubildung verbunden. Der Tumor wurde samt dem Hoden entfernt; bei der histologischen Untersuchung stellte sich heraus, dafs doch eine Geschwulst des Hodens, ein von den peripheren Samenkanälchen ausgehendes Epitheliom vorlag. Der weitaus gröfsere, von der Geschwulstbildung noch nicht ergriffene Teil des Hodens war nach oben gedrängt und liefs die Zeichen einer chronischen interstitiellen Entzündung erkennen.

Während dieser Fall durch ungewöhnlichen klinischen und makroskopischen Befund ausgezeichnet war, bot der zweite Fall eine seltene pathologisch-anatomische Erscheinung dar. Bei einem 30jährigen Manne hatte sich am linken Hoden, dessen Descensus erst im 15. Lebensjahre erfolgt war, ein Carcinom entwickelt, das sich klinisch in keiner Weise von dem gewöhnlichen Bilde unterschied. Die exstirpierte Geschwulst liefs auf dem Durchschnitt schon makroskopisch mehrere erweichte, nekrotische Stellen von gelber Farbe und aufserdem eine frische Hämorrhagie erkennen.

2. **Über einen Fall von Angiosarkom der Harnblase,** von Jungano. Bei einem 54jährigen Manne, bei dem in den vorausgegangenen zehn Jahren zweimal und in den letzten zwei Monaten wiederholt terminale Hämaturie, begleitet von Schmerzen im Unterleib und in der Nierengegend, aufgetreten war, mufste wegen einer profusen, seit 48 Stunden andauernden Blasenblutung die Sectio alta gemacht werden; es fand sich eine vom Trigonum ausgehende, grofse, breit aufsitzende, blumenkohlförmige, an mehreren Stellen blutende Geschwulst. Infolge der grofsen Schwäche des Patienten mufste sich J. begnügen, nach Abtragung einer leicht zu isolierenden Partie der Neubildung ausgiebig zu kauterisieren. Die histologische Untersuchung ergab, dafs der Tumor angiomatöser Natur war und sich sekundär in ein Sarkom verwandelt hatte.

Anschliefsend an die Beschreibung des Falles bringt J. eine kurze, zusammenfassende Schilderung der Blasensarkome.

3. **Über einen Fall von eingeklemmtem Blasenstein. Operation. Heilung** von Giuseppe Ferrero-Turin. Aus dem Italienischen übersetzt von E. Legrain. Ausführliche Mitteilungen über einen Fall von Blasenstein, der in einem Divertikel nach innen und unten vor der Mündung des linken Ureters festgeklemmt für einen Ureterstein gehalten worden war; die cystoskopische Untersuchung war in dem Falle nicht möglich gewesen. Der Stein wurde mittels pararektaler Cystotomie entfernt, ein Verfahren, das für Steine, die in der hinteren Blasenwand festsitzen, sehr zu empfehlen ist.

4. **Ist die Behandlung der Cystitiden der Prostatiker mittels der Einführung von Kathetern richtig und ausreichend?** von Paul Delbet. Jede Cystitis bei Prostatahypertrophie ist mit Urethritis und Prostatitis verbunden; man sollte daher nicht von einer Cystitis, sondern nur von einer Urethro-Prostato-Cystitis der Prostatiker sprechen. In solchen Fällen werden durch den zur Vornahme von Blasenspülungen eingeführten Katheter septische Produkte aus der Pars prostatica der Harnröhre in die Blase verschleppt; andererseits gelangt die Spülflüssigkeit nur in die Harnblase, während die Schleimhaut der Urethra unbehandelt bleibt. Die mittels Katheters vorgenommenen Blasenspülungen stellen daher eine weder zweckentsprechende, noch genügende Behandlung der Cystitis bei Prostatahypertrophie dar, sie sind zu

ersetzen durch JANETsche Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung oder Lösung von Kaliumpermanganat (1 : 5000), Sublimat (1 : 20000) oder noch besser von Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 2000), in Ausnahmefällen auch durch Instillationen einer Höllensteinlösung in die Blase und die Pars posterior der Harnröhre. Speziell die JANETschen Spülungen sind sowohl bei den im ersten Stadium der Prostatahypertrophie auftretenden Störungen und Beschwerden, als auch besonders bei der mit chronischer inkompletter Harnretention verbundenen Cystitis im zweiten Stadium ungemein wirksam. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band II, Heft 10. Oktober 1907.

I. **Über Syphilis und Wahnsinn,** von L. MARCHAND und M. OLIVIER-Paris. Die Syphilis findet sich so oft in den Antecedentien der Paralytiker, dafs man, wo sich ein syphilitischer Wahnsinn zeigt, stets nachforscht, ob dieser Wahnsinn nicht ein Symptom der Allgemeinparalyse ist. In einer früheren Arbeit stellte MARCHAND schon fest, dafs die Wahnsinnserscheinungen, die sich plötzlich bei Luetikern zeigen, Zeichen cerebraler Verletzungen oder Zeichen einer Allgemeinparalyse sind, die Läsionen stellen nicht die histologischen Charakteristika der Meningo-Encephalitis diffusa subacuta dar. Alle diffusen, tiefen Läsionen der Hirnrinde übertragen sich klinisch in einen Wahnsinnszustand. Die Läsionen auf luetischer Basis können das Resultat mehrerer Vorgänge sein, indem einerseits die Syphilis durch ihre Toxine direkt die psychischen Zellen angreifen kann; dann ist die Dementia oft im Gefolge eines Stadium delirii. Andererseits kann die Syphilis ein cerebrales Atherom herbeiführen, welches zu Degenerationsvorgängen der Hirnrinde führt. Von allen Formen ruft die Meningo-Encephalitis diffusa am häufigsten bei den Luetikern den Wahnsinn wach, und man spricht direkt von einer Dementia paralitica. Verfasser beobachtete einen Wahnsinnigen, welcher klinisch keine Zeichen von Allgemeinparalyse bot, bei der Sektion fanden sich aber syphilitische Erscheinungen im Auge, Meningo-Encephalitis diffusa subacuta im Gebiete des Kleinhirns und Erscheinungen von Meningo-Encephalitis chronica im Grofshirn. Dieser Fall wird eingehend geschildert.

II. **Ein Fall von syphilitischer weifser Pneumonie bei einem Erwachsenen,** von MOSNY und MALLOIZEL. Eine 47jährige Wäscherin wurde am 18. Februar 1903 ins Hospital St.-Antoine aufgenommen, sie hatte mit 23 Jahren geheiratet und verkehrte fünf Jahre mit ihrem scheinbar gesunden Gatten, von dem sie zwei gesunde Kinder hatte. Bei der letzten Entbindung vor zehn Jahren verlor sie ihr Haar, hatte aber sonst keine Symptome der Haut, die auf Syphilis schliefsen lassen. Später aber bemerkte sie verschiedene Male im Gesicht und am Körper „Abscesse", die scheinbar Gummata gewesen sind. Im Juli 1902 stellte sich Bronchitis ein sowie starke Dyspnoe, Rasselgeräusche, Nachtschweifs und Durchfälle. Dieser Zustand hielt lange an und besteht noch. Die Untersuchung ergibt ferner zwei tiefe Ulcerationen am linken weichen Gaumen gummöser Art. Die Kranke erhielt sofort Jodkalium und Quecksilberinjektionen, das Befinden besserte sich, doch stellte sich die Atemnot bald wieder ein, unter profuser Diarrhoe erfolgt am 27. März der Tod. Die Sektion ergibt weifse Pneumonien, Lungensyphilis, die ja bei einer Erwachsenen sonst selten auftritt. Spirochäten wurden in den Schnitten nicht gefunden.

III. **Über Vorsichtsmafsregeln gegen die Syphilis bei unseren Vorfahren,** von GEORGES FERNET-London. Eine kurze Skizze zu der Arbeit von LE PILEUR.

IV. **Über hereditäre Lebersyphilis,** von CH. FOUQUET. Im zweiten Teile seiner Arbeit bespricht Verfasser die Erscheinungen in der Leber bei hereditär

Luetischen und schliefst die Betrachtungen über die Milz und die Nieren an. Ferner wendet er sich den bakteriologischen Untersuchungen zu, der Spirochaeta pallida, der Methode, dieselbe aufzufinden und speziell deren Auftreten in der Leber. Im Gefäfslumen sind diese Spirochäten ziemlich selten; im Parenchym sind sie häufiger und dringen tief in die Leberzellen ein, auch in der Gallenblase wurden bereits Spirochäten gefunden. (Fortsetzung folgt.)

V. **Atrophie des Opticus infolge von Atoxylinjektionen,** von F. Terrien-Paris. Verfasser sah einen Fall von Opticusatrophie bei einem 31jährigen Manne, der Syphilis hatte und nie dabei Augenstörungen aufgewiesen hatte als nur eine Akkommodationsstörung vor zwei Jahren mit Pupillenstarrheit und Fehlen der Lichtreflexe. Im Anschlufs an sieben Atoxylinjektionen stellte sich eine schnell sich ausbreitende rechtsseitige Atrophie des Opticus ein.

VI. **Allgemeines papulöses Sekundärsyphilid erfolglos behandelt mit grofsen Dosen von Cacodylsäure,** von Bory. Der Fall zeigt, dafs grofse Dosen Arsen bei der Lues oft mehr schaden als nützen können. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1907. Heft 1.

Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautveränderung, von Ludwig Török-Budapest. (1906, Heft 12, und 1907, Heft 1.) T. hält dafür, dafs es angioneurotische Hautveränderungen überhaupt nicht gibt; die Beobachtungen und Experimente, die Kreibich in seiner Arbeit „Die angioneurotische Entzündung (Wien 1905) zugunsten der Theorie von den Angioneurosen anführt, sind für T., wie er in ausführlicher Polemik darlegt, absolut nicht beweisend. Die als Angioneurosen bezeichneten Hautaffektionen, in erster Linie gewisse Erytheme und die Urticaria, sind nach den Ergebnissen der klinischen und experimentellen Untersuchungen T.s und Philippsons hämatogene Entzündungen, entzündliche Exsudationsprozesse, die durch direkte Einwirkung pathogener (autotoxischer) Faktoren auf die Gefäfswände, aber nicht durch Vermittlung vasomotorischer Zentren hervorgerufen werden. Die Einwendungen, die Jadassohn gegen die Resultate der Untersuchungen T.s und Philippsons macht, kann T. als stichhaltig nicht anerkennen.

Heft 2.

1. **Die Behandlung der Hypertrichosis und die Röntgentherapie,** von Leredde und R. Martial. Während Brocq vor dem Gebrauche der Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis warnt, weil sie oft unwirksam sind, nicht selten aber auch schwere Hautveränderungen hervorrufen, haben die Verfasser, wie sie früher schon im *Journ. .d. pratic.* kurz mitteilten, mit dem Verfahren einige recht schöne Erfolge erzielt. Im ganzen verfügen sie jetzt über 19 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle, bei acht Patienten war das Resultat ein befriedigendes; aus der Summe ihrer Erfahrungen ziehen sie folgende Schlüsse:

1. Die Mifserfolge und Gefahren der Röntgenbehandlung bei Hypertrichosis sind vielleicht nur bedingt durch unvollkommene Technik und durch mangelhafte Indikationsstellung, namentlich auch bezüglich der erforderlichen Qualität von Strahlen.

2. Die Röntgenbehandlung ist gefahrlos, wenn man immer nur kleine Strahlenmengen einwirken läfst; im ganzen darf über fünf Holzknechtsche Einheiten nicht hinausgegangen werden. Die definitive Enthaarung kommt oft erst nach mehreren Behandlungsperioden zustande, mit ihr zusammen stellt sich eine Hautatrophie ein, die meist nur mit der Lupe, selten mit blofsem Auge sichtbar ist.

3. Je zarter die vorhandenen Haare sind, desto schneller tritt die Wirkung der Behandlung ein.

4. Die Röntgenbehandlung ist in Fällen von Hypertrichosis, in denen schon dicke Haare vorhanden sind, wohl kontraindiziert, in Fällen mit mittelstarken Haaren ist ihre Anwendung schwierig und der Erfolg kein sicherer; dagegen wird das Verfahren, richtig ausgeführt, in den Anfangsstadien der Hypertrichosis, wenn es sich noch um Flaumhaare handelt, vielleicht die Normalbehandlung werden.

2. **Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautentzündung. Antwort auf die Ausführungen L. Töröks,** von K. Kreibich. Kurze Kritik der Stellungnahme Töröks in der Frage der Angioneurosen. K. läſst sich natürlich in seiner Auffassung durch die Einwendungen T.s nicht wankend machen.

3. **Beitrag zum Studium des Herpes zoster und Beschreibung einer in Breslau beobachteten Zosterepidemie,** von Otto Sachs-Wien. Aus dem Deutschen (*Zeitschr. f. Heilkunde.* 1906. Nr. 12) übersetzt von R. Martial. (Heft 1 und 2.) In der umfangreichen, die ganze einschlägige Literatur berücksichtigenden Arbeit wird im Beginne über die Zugehörigkeit der atypisch verlaufenden, rezidivierenden Herpesarten (Herpes facialis, genitalis usw.) zu den typischen Zosterformen und über die Frage bezüglich der Abtrennung einer Febris herpetica als Krankheit sui generis gesprochen. Dann beschäftigt sich S. mit den Ursachen des Zoster und besonders mit der Infektiosität und mit der Pathogenese der Affektion. Die ungemein fleiſsig durchgearbeiteten Ausführungen, in denen die Zitierung zahlreicher Autoren mit ihren Anschauungen und Beobachtungen einen groſsen Platz einnimmt, bringen im wesentlichen nichts Neues. — Die Epidemie in Breslau umfaſste 69 Fälle, die alle in der Zeit vom Juni bis November 1901 zur Beobachtung kamen.

Heft 3.

1. **Röntgenbehandlung bei Lichen simplex und Lichen planus,** von Leredde und R. Martial. Die Verfasser haben 14 Fälle von Lichen simplex bezw. Lichenifikation mit Pruritus, vier Fälle von Lichen planus und einen Fall von Lichen verrucosus (corné) mit Röntgenstrahlen behandelt. Von den 14 Fällen von Lichen simplex wurden sieben vollständig, zwei stellenweise geheilt, zwei sind gebessert, drei blieben unbeeinfluſst. Von den vier Fällen von Lichen planus wurden drei geheilt, das Resultat der Behandlung im vierten Falle ist unbekannt. Der Fall von Lichen verrucosus wurde geheilt. — Bei den Kranken mit Lichen simplex oder planus wurden gewöhnlich auf jede einzelne Stelle ein bis vier Holzknechtsche Einheiten, entweder auf einmal oder auf mehrere Sitzungen verteilt, appliziert; eine etwa notwendige zweite oder dritte Bestrahlung wurde erst 14 Tage oder noch länger nach der ersten vorgenommen. In dem Falle von Lichen verrucosus wurden mehrmals fünf bis sechs Einheiten verabreicht.

2. **Dermatologischer und syphilidologischer Unterricht für den praktischen Arzt und den Spezialisten,** von E. Bodin-Rennes. B. weist darauf hin, daſs die Ausbildung der französischen Studenten der Medizin in Dermato- und Syphilidologie vollständig unzureichend ist. Das liegt nicht etwa daran, daſs keine Gelegenheit zu dermatologischen Studien gegeben wäre; denn wenn auch die Zahl der Professuren für Dermatologie und Syphiligraphie an den französischen Universitäten eine sehr geringe ist, so ist doch an dermatologischen Kliniken und dermatologischen Kursen, wie die Aufzählung B.s beweist, kein Mangel. Der Fehler liegt an der derzeitigen Studien- und Prüfungsordnung: die Studenten sind nicht verpflichtet, dermato-

syphilidologische Kliniken und Kurse zu besuchen, und im Staatsexamen sind die Haut- und Geschlechtskrankheiten nicht Gegenstand einer Prüfung. B. verlangt, daſs in diesen beiden Punkten eine Änderung eintritt. *Götz-München.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band VII, Heft 2. April 1907.

Das Heft enthält einen Originalartikel von S. Akuten: **Über operative Behandlung der Blasengeschwülste** und einen Bericht von S. Niskikawa und Y. Saito über: **Die Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich Japanischen Universität zu Tokio 1903.** Den Rest bilden neben den Referaten die Sitzungsberichte der Dermato-Urologischen Gesellschaft in Tokio. In der Sitzung vom 1. Dezember 1906 sprachen:

Toyama: Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatin.
Toyama: Drei Fälle von Ichthyosis.
Kinoshita: Sakamotosche Den-on-kei in urologischer Praxis.
Skitachi: Über Erythema induratum Bazin.
Tsutsui: Pityriasis rubra Hebrae.
Yamada: Trichomycosis palmellina.
Ohno: Über die Gonokokkenfärbung.
Tanaka: Über Resektion des Samenstranges wegen Prostatahypertrophie.
Ito: Xeroderma pigmentosum.
Inouyo: Urticaria perstans.
Takahaski: Über Favus.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Tanaka: Über die Viskosität des Harns.
Momose: Weiterer Verlauf von Erythème keratosique symétrique.
Toyama: Angiokeratom an der Skrotalhaut.
Okamura: Vier Fälle von extragenitalem Schanker.
Tanuku: Zwei seltene Fälle von extragenitalen Schankern.
Kodama: Über Xeroderma pigmentosum und Augenleiden.
Nishikawa: Weiterer Verlauf von Xeroderma pigmentosum.
Ohno: Über Osmidrosis.
Dohi: Lichen scrophulosorum und Folliclis bei einem und demselben Kranken.
Ito: Psoriasis vulgaris und Psoriasis syphilitica.
Saito: Krankenvorstellung von Syphilis hereditaria tarda.
Ohno: Syphilis-ulcerosa.
Takahashi: Sycosis vulgaris und Ichthyosis.
Yamashita: Krankenvorstellung von Peniscarcinom.

Am Schlusse folgen Referate aus der ausländischen und inländischen Literatur sowie Personalien. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Physiologie des Menschen, herausgegeben von W. Nagel-Berlin. 2. Band, 2. Hälfte und 4. Band, 2. Hälfte, 1. Teil. (Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1907.) In der 2. Hälfte des 2. Bandes werden abgehandelt: Die Absonderung des Hauttalgs und des Schweifses von R. Metzner, die Physiologie der Leber von E. Weinland, die Physiologie der Verdauung und Aufsaugung von O. Cohnheim, die äufsere Arbeit der Verdauungsdrüsen und ihr Mechanismus von J. Pawlow, der Mechanismus der Resorption und der Sekretion von E. Overton und die histologischen Veränderungen der Drüsen bei ihrer Tätigkeit von R. Metzner. Der 1. Teil der 2. Hälfte des 4. Bandes enthält die allgemeine Physiologie der quergestreiften Muskeln von M. von Frey und die allgemeine Physiologie in den glatten Muskeln und die spezielle Bewegungslehre mit Überblick über die Physiologie der Gelenke von R. du Bois-Reymond.

Es ist hier nicht der Platz, auf die Arbeiten einzugehen; es sei nur betont, dafs die neuen Teile den früher erschienenen durchaus gleichwertig sind. In dem Handbuche wird uns ein standard work von gröfstem Werte zu teil. *Götz-München.*

Über die Pflege kleiner hereditär-syphilitischer Kinder, von Edward Welander'-Stockholm. (Wilhelm Billes, Stockholm.) In dieser interessanten kleinen Abhandlung interessiert zunächst das Kapitel, welches die in Schweden gegen die grofse Gefahr, die die Syphilis für Ammen und kleine Kinder im Gefolge hat, ergriffenen Mafsregeln behandelt. Schon 1757 wurde in Stockholm ein Ammenanschaffungskontor eingerichtet, wo die Ammen von einem Geburtshelfer auf venerische Erkrankungen untersucht wurden. Doch wufsten sich sehr bald die Ammen der Untersuchung zu entziehen.

Das beste Mittel, um die Umgebung vor Infektion zu schützen und die Kinder von der Syphilis zu heilen, sieht W. in der Einrichtung von Asylen, wo diese Kinder einige Jahre lang unter beständiger Wartung und Pflege verbleiben. Das beste wäre, wenn anfangs auch die Mütter mit aufgenommen werden könnten, wenigstens so lange sie ihren Kindern die Brust geben können. Die beste Behandlung besteht in wiederholter Hg-Behandlung der Mütter während der Schwangerschaft und einer chronisch-intermittierenden Behandlung der Kinder während der ersten drei bis vier Jahre.

W. hat 1900 ein solches Asyl für hereditär-syphilitische Kinder in Stockholm geschaffen, in dem seit 1903 ständig zwölf Kinder gepflegt werden. Die Kinder haben sich bei der konsequent wiederholten Behandlung kräftig entwickelt. Nur bei zwei von 32 Kindern kam es zum Wiederauftreten syphilitischer Symptome nach der Aufnahme in dem Heim. Wir müssen danach streben, dafs alle kleinen syphilitischen Kinder in derartigen Asylen kostenfrei eine lange Pflege und Behandlung erhalten können. *A. Schucht-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Aus E. MERCKs Jahresbericht.

1906. XX. Jahrgang.

Acidum carbolicum. Eine neue Anwendungsweise konzentrierter Karbolsäurelösung in der Therapie der Bubonen und Furunkulose hat W. WOLFF eingeführt. Der Autor benutzt eine Lösung von 90 Teilen kristallisierter Säure in 10 Teilen Alkohol- Mit letzrerer werden die geschlossenen Bubonen täglich im Bereiche der Schwellungen einmal in einer Breite von 0,5—1 cm angestrichen, bis sich die Haut abschuppt. Man läfst dann eine Pause von einigen Tagen eintreten, um die genannte Karbolsäureapplikation wieder von neuem aufzunehmen. Handelt es sich um fluktuierende Bu. bonen, so streicht man diese ebenfalls zwei bis drei Tage an und macht, falls die Fluktuation am vierten Tage nicht geschwunden ist, eine etwa 2 cm lange Inzision. Die Abscefshöhle wird nach Entfernung des Eiters mit Karbolsäure angestrichen, ein Verfahren, das man alle zwei bis drei Tage wiederholt. In der Zwischenzeit wird ein indifferenter Verband angelegt. In gleicher Weise verfährt man bei schon durchgebrochenen Bubonen.

Gute Resultate wurden mit der konzentrierten Karbolsäure auch bei Periadenitis axillaris und bei Furunkulose erzielt, wobei das genannte Mittel nach der VÖRNERschen Methode in Anwendung kam. Hiernach genügt bei dem unerweichten, kleinen Furunkel eine zentrale Betupfung mit konzentrierter Karbolsäure. Aufserdem nimmt man am ersten und zweiten Tage Umschläge mit sog. VÖRNERscher Lösung vor, die aus 4 g Borsänre und 96 g Liquor aluminii acetici besteht. Die gleiche Methode wie bei den Bubonen läfst sich auch vorteilhaft bei Scrophuloderma, Panaritium und Kerion CELSI zur Anwendung bringen.

Acidum cacodylicum und seine Salze. Das Acidum cacodylicum wird als Ersatz für Arsenik sehr empfohlen.

MEILLANT läfst das Natriumcacodylat innerlich in folgender Form reichen:

℞	*Natrii cacodylici*	0,02
	Thiocoli	0,5—1,0
	Calcii glycerinophosphorici	0,5
	Sem. strychni pulv.	0,01

M. f. p. d. t. dos. No. XX.

Zwölf Tage lang gibt man hiervon täglich zwei bis drei Pulver, alsdann acht Tage lang nur Thiocol in geeigneten Mengen. In der Folge wechselt man in gleichen Zeitabschnitten mit dieser Medikation.

Zur intravenösen Anwendung des Ferrum cacodylicum äufsert sich E. FRANCK Nach Angaben dieses Autors empfiehlt sich folgende Verordnung:

℞	*Ferri cacodylici*	0,05—0,1
	Aqu. destillat.	1,0—2,0

d. tal. dos. XX. Steril in Glastuben eingeschmolzen abzugeben.

Der Inhalt einer solchen Tube ist täglich oder jeden zweiten Tag intravenös zu njizieren, da diese Applikationsweise bei richtiger Ausführung keine Schmerzen verursacht. Am besten beginnt man mit der niedrigsten Dosis, steigt nach einigen In-

jektionen auf 0,075 und eventuell bis zu 0,1 g. Eine Serie von 30 Injektionen ist für gewöhnlich ausreichend, zweckmäfsig ist es aber, die Kur nicht direkt abzubrechen, sondern in der Folge noch zweimal wöchentlich eine Dosis zu verabreichen.

Acidum picrinicum. Zur therapeutischen Verwendung der Pikrinsäure sei der Vorschlag BONCARDS erwähnt, der das Präparat in folgender Form als ein gutes Mittel gegen Herpes zoster empfiehlt:

℞	*Acidi picrinic.*	0,75
	Cannabin.	0,25
	Spirit. vini	2,0
	Aether. (sulfuric.)	3,0
	Collod. elastic.	4,0

D. S. Zum Aufpinseln.

Aesculin. Dieses Präparat hat H. GRAHAM in Form subcutaner Injektionen als Unterstützungsmittel der Finsenbestrahlung des Lupus vulgaris mit Nutzen angewandt. Besonders in solchen Fällen, in denen einzelne, isolierte Lupusknötchen der Bestrahlung hartnäckig widerstanden, injizierte der Autor 0,03 ccm einer 5%igen Aesculinlösung unmittelbar unter die Haut derjenigen Stellen, die der Finsenbehandlung unterzogen werden sollten. Die hierdurch hervorgerufene Reaktion hielt wesentlich länger an, als ohne Aesculinanwendung, was GRAHAM auf das Vermögen der fluoreszierenden Stoffe, die ultravioletten Strahlen zu absorbieren und allmählich wieder abzugeben, zurückführt. Schädliche Nebenwirkungen zeigten sich nach der Aesculineinspritzung niemals. 15 Minuten nach erfolgter Injektion liefs sich im Harn bereits eine deutliche Fluoreszenz erkennen.

Airol. Das schon von B. U. ARTURO für verschiedene ophthalmologische Zwecke empfohlene Airol (Wismutoxyjodidgallat) hat BERNHEIMER an Stelle von Höllensteinlösung bei Blennorrhoe des Auges mit Nutzen angewendet.

Man streue das Pulver zwei- bis viermal täglich auf. Das Medikament gibt Jod ab und zerstört so die Gonokokken.

Albargin. KORNFELD hält das Albargin für das beste Trippermittel, da es die Gonokokken rasch abtötet, den Ausflufs sofort vermindert, Komplikationen verhütet und frei von jeder subjektiven Reizung ist. Auch VESESCU hat bei akuter Blennorrhoe mit dem Präparate sehr gute Erfolge erzielt. Beide Autoren liefsen 0,1—0,3%ige Lösungen injizieren. VESESCU verordnete täglich drei Einspritzungen und beobachtete hierbei innerhalb weniger Tage das Verschwinden der Gonokokken und nach zirka einer Woche das Verschwinden des Ausflusses.

Alkohol. Eine neue Verwendungsweise des Alkohols, der ja in neuerer Zeit an und für sich wieder eine ausgedehnte therapeutische Verwendung findet, bringt J. SELLEI für die urologische Praxis in Vorschlag. Nach seinen Versuchen hat es sich nämlich herausgestellt, dafs sich der Alkohol in entsprechender Verdünnung zur Blasenausspülung vorzüglich eignet, da er nicht nur antiseptisch wirkt, sondern auch bei vielen Cystitiden ein direktes Heilmittel darstellt. Besonders gute Resultate sah der Autor bei den Cystitiden, welche sich zu Prostatahypertrophie gesellten. Hier konnte mit Alkoholspülungen die ammoniakalische Zersetzung des Urins in ganz kurzer Zeit gehemmt werden, was an der Klärung des Harns und dem Nachlassen oder Verschwinden des üblen Geruches zu erkennen war.

Ob die Auswaschungen mit 5—10—15%igen Alkoholmischungen jeden Tag oder nur alle zwei bis drei Tage vorgenommen werden müssen, ist in jedem Einzelfalle individualisierend zu entscheiden.

Ferner empfiehlt sich die Alkoholbehandlung in solchen Fällen von Cystitis mit blennorrhoischer Urethritis, in denen sonst keine Komplikationen, wie z. B. Pyelitis,

vorhanden sind. Von subjektiven Unannehmlichkeiten sollen die Auswaschungen nicht begleitet sein.

Alypin. Alypin wird bei kleinen Tumoren, Atherom, Ganglien, Lipomen, Fibromen, Lupusauskratzungen usw., überhaupt in der kleinen Chirurgie empfohlen. Es genügt eine 1%ige Lösung (3—6 ccm).

Anthrasol. Empfohlen wird besonders das Anthrasol in Mischung mit Zinköl nach folgender Formel:

℞ *Anthrasoli*	5,0
Ol. olivar.	40.0
Zinc. oxydat.	50,0

Dieses Gemisch kann mit einer Menge bis zu 20 g Anthrasol hergestellt werden, nur mufs man dann eine entsprechend geringere Quantität Olivenöl zusetzen, damit man die richtige Konsistenz erhält. In mehr als 100 Fällen von verschiedenen Ekzemarten, die teilweise vorher keine Teerbehandlung vertrugen, hat Richter mit dieser Komposition oft in auffallend kurzer Zeit Heilung oder Besserung erzielt. Ein besonderer Vorteil dieses Verfahrens ist der Umstand, dafs man mit dem scheinbar ganz reizlosen Präparat schon frühzeitig die Teerbehandlung beginnen und die angewandten Anthrasolmengen schnell steigern kann.

Argentum colloidale. G. Riebold bewährte sich das Collargol bei Arthritis blennorrhoica in Form von intravenösen Injektionen.

J. Karlinski fordert zu folgender Behandlung der Syphilis auf: Man reinigt die Geschwüre mit Itrollösung und legt dann auf die Gummen zwei bis drei Collargoltabletten (à 0,005 g), welche man mit Collargolpflaster befestigt. Dieser Verband ist dreimal wöchentlich zu erneuern. Eine weitere Therapie ist unnötig. In den schwersten Fällen mit exulcerierenden Gummen soll die Behandlung nach etwa 23 Tagen zur Heilung führen, während eine Jodkalium- und Jodoformkur mindestens sieben Wochen in Anspruch nimmt und einen öfteren Verbandwechsel erforderlich macht.

Arhovin. Nach S. Kaiser und E. Deutsch blieb die äufserliche Behandlung der Blennorrhoe trotz richtig gehandhabter Injektionen ohne Erfolg, ja es liefs sich fast stets eine Verschlechterung konstatieren, während der Gonokokkenbefund derselbe blieb. Es wirkt demnach das Arhovin nicht gonokokkentötend, sondern birgt in seiner Anwendung noch die Gefahr in sich, dafs Anteriorfälle in Posteriorinfektionen übergehen, wie Kaiser in einem Drittel der von ihm behandelten Fälle gesehen hat. Nicht besser soll es mit den Erfolgen bei innerlicher Darreichung des Mittels stehen. Das letztere wird zwar immer gut vertragen, allein es bleibt ohne Wirkung und kann die durch seine externe Anwendung hervorgerufenen Komplikationen weder bekämpfen, noch deren Auftreten verhindern. Bei beiden Behandlungsmethoden liege eine Neigung des Prozesses vor, chronisch zu werden.

Aristol. Aristolöl (in Sesam- oder Olivenöl) bewährte sich nach Binder bei ekzematöser Erkrankung des äufseren Auges.

Aspirin. Wie aus den therapeutischen Versuchen R. T. Williamsons hervorgeht, liegt im Aspirin bei den mittleren Formen des Diabetes ein gutes Mittel vor, da es mit oder ohne Einschränkung der Diät die Zuckerausscheidung herabsetzt. Diese Herabsetzung scheint eine direkte Wirkung des Medikamentes zu sein, beruht also nicht auf der Beeinträchtigung des Appetits oder auf einer Komplikation. Man verabreicht pro die viermal 1 g Aspirin und läfst nach jeder Dosis etwas Wasser mit einem Tropfen Zitronensaft nehmen. Milch oder alkalisches Wasser sollte dagegen nicht direkt nach Einnahme des Mittels konsumiert werden.

Borovertin. Bisher hat sich das Borovertin bei Cystitis, Strangurie, Pyelitis nach Scharlach, Kathetercystitis, Nierenquetschung mit blutigem Harn nebst Bakterien

und Leukocyten, Prostatahypertrophie und nach der Exstirpation von Blasentumoren bewährt. Der Urin blieb bei solchen Patienten, die bei Borovertingebrauch nach Operationen katheterisiert wurden, klar und sauer. Bei blennorrhoischer Cystitis, Pyelitis, Steinniere, Blasen- und Nierentuberkulose war kein gleichmäfsiger Erfolg zu erzielen.

Cerolin. Günstige Erfolge bewirkte Cerolin bei Akne und Furunkulose. Die sekundären Entzündungserscheinungen am äufseren Genital, wie Dermatitis, Follikulitis, Ekzeme, Pruritus usw., zeigten ebenfalls eine rasche Besserung, so dafs man wohl mit Recht annehmen kann, dafs dem Cerolin dieselbe Wirkung eigen ist wie der Hefe, dafs also bei beiden Präparaten das wirksame Agens in gleichen chemischen Stoffen zu suchen ist und nicht etwa die Wirksamkeit der Hefe auf eine Enzymwirkung zurückgeführt werden mufs. Das Hefefett selbst scheint vielmehr der Träger der Heilwirkung zu sein.

Enesol. Loquin hat bei Syphilis in 40 behandelten Fällen bei intramuskulären Tagesdosen von 0,03 g keine bedrohlichen Erscheinungen gesehen, tritt aber für eine sorgfältige Pflege des Mundes während der Dauer der Behandlung ein. Er hält sogar das Präparat für die Kinderpraxis als geeignet. Dagegen mahnt ein von Hallopeau beschriebener Fall zur Vorsicht. Genannter Autor beobachtete nämlich nach 15 Injektionen bei einem Patienten zunächst Stomatitis und ulceröse Enteritis, dann Erythrodermia universalis und nach 23 Tagen den letalen Ausgang, der sich auf die Wirkung des Enesols zurückführen liefs.

Gonosan. Zahlreiche Autoren äufsern sich über das Gonosan sehr befriedigt. Demgegenüber haben C. Schindler und C. Siebert im Sinne der Neisserschen Schule bestritten, dafs man mit Gonosan allein Blennorrhoe sicher heilen könne, wenn letzteres zur Linderung der ersten Erscheinungen auch verabreicht werden könnte. Eine entwicklungshemmende Wirkung des Gonosanharns auf die Gonokokken konnten sie nicht feststellen. Sie sind deshalb für eine möglichst frühzeitige und energische Lokalbehandlung nach Neisser, da dieselbe nicht nur den Schmerz, den Ausflufs und die Entzündungserscheinungen, sondern auch die Gonokokken beseitigt. Auch die lokale Behandlung mit Gonosan in Form 2—5 %iger Emulsionen versuchten die genannten Autoren, konnten damit aber nur eine Vermehrung der Gonokokken verhindern, während eine vollständige Vernichtung nicht gelang.

Helmitol. Die vorliegenden Mitteilungen bilden eine Bestätigung für den Nutzen der Helmitoltherapie bei Bakteriurie, Phosphaturie, harnsaurer Diathese, Cystitis, Pyelitis und anderen Blasenleiden. Unangenehme Folgen zieht das Mittel nicht nach sich.

Hetralin. Nach F. Kornfeld liegt der Hauptwert des Hetralins ausschliefslich auf dem Gebiete der Therapie der Harninfektion im engeren Sinne des Wortes, es kommt also bei solchen Infektionen in Betracht, die durch das Eindringen pathogener, eitererzeugender oder nicht pyogener Bakterien entstehen. Es bildet also dieses, von den blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege verschiedene Gebiet die Hauptdomäne für die interne Hetralinanwendung. Auch dieser Autor berichtet, dafs das Hetralin günstigere Erfolge gezeitigt habe, als Urotropin und Helmitol, selbst in solchen Fällen von Cystitis, Cystopyelitis und Pyelonephritis infolge von Prostatahypertrophie des zweiten und dritten Stadiums dieses Leidens, in denen die durch die letztgenannten Mittel bewirkte Harndesinfektion geringer erschien als deren unerwünsche Nebenwirkungen.

M. Birnbaum konnte bei Vermeidung jeglicher Lokalbehandlung mit innerlicher Darreichung von drei täglichen Dosen von 0,5—1 g Spermatorrhoe, Hang zur Masturbation usw. wirksam bekämpfen und zur Heilung bringen.

(Hier könnte doch wohl nur eine psychische Wirkung in Betracht kommen. Ref.)

Hydrargyrum bijodatum. E. DANLOS empfiehlt folgende Formel:

℞ *Hydrarg. bijodati*	0,01
Natr. jodati	0,01
Subcutin	0,005
Natr. chlorati	0,002
Aqu. ozonisat. sterilisat.	1,0

BATUT empfiehlt:

℞ *Hydrarg. bijodat.*	0,4
Natr. jodat.	0,4
Aqu. destill.	20,0

Hiervon injiziert er täglich 1 ccm in die Glutäen. Nach einer Serie von 20 Injektionen pausiert er 14 Tage, um dann mit einer neuen Serie zu beginnen. Bei 31 behandelten Patienten sah der Autor niemals Abscesse, Knoten oder Stomatitis als Folgeerscheinung dieser Behandlung.

Hydrargyrum oxycyanatum. Die „Injektion HIRSCH" (Quecksilberoxycyanidlösung 1% mit Acoin 0,5%) erzeugt keine oder nur geringe Schmerzen. An ihrer Stelle empfiehlt TH. MAYER folgende Lösung:

℞ *Hydrarg. cyanati*	1,0
solve leni calore in	
Aqua recent. destill. contin.	
1% Acid. boric.	30.0
refrigera et adde	

Zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffektes empfiehlt A. STRAUSS eine 1%ige Lösung von Quecksilberoxycyanid, die unbegrenzt haltbar und sterilisierbar ist und bei Injektion von 1—2 g kein stärkeres Ödem hervorruft, als es bei der BRAUNschen Anästhesie erzielt wird. Sie gestattet gleichzeitig die fast völlig schmerzlose Vornahme der Kauterisation. Die Lösung ist folgendermaßen zusammengestellt:

℞ *Hydrarg. oxycyanat.*	1,0
Novocain	4,0
Natr. chlorat.	0,2
Sol. Suprarenini (1 : 1000)	gtts. II
Aqu. destill.	ad 100,0

Ichthyol. Äußerlich empfiehlt es JADASSOHN zur Behandlung der Pernionen. Zu diesem Zwecke badet man die erforenen Hände oder Füße ein- bis dreimal täglich in so heißem Wasser, wie es gerade noch vertragen wird, 10—15 Minuten lang, trocknet sorgfältig ab und wäscht, wenn es sich nicht um ulcerierte Pernionen handelt, mit Spiritus nach. Abends werden dann die betreffenden Glieder mit folgender Salbe massiert und in dünner Schicht bedeckt:

℞ *Ichthyoli*	1,0—5,0
Resorcini	1,0—3,0
Adipis lanae	25,0
Ol. olivarum	10,0
Aqu. destill.	ad 50,0

Jodum. Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe kann man sich nach DAVIDOW vorteilhaft einer Mischung von fünf bis zehn Tropfen Jodtinktur und 180 g Wasser bedienen, eine Methode, die durchschnittlich in 14 Tagen zur Heilung führt. Anfangs benutzt man die schwächere Mischung, wovon man pro die zwei bis drei Einspritzungen macht, und geht, falls in den ersten zwölf Tagen kein wesentlicher Erfolg zu verzeichnen ist, allmählich zur stärkeren Mischung über.

Jothion. C. SPENGLER hält es für das geeignetste Medikament zur Behandlung der Erbdisposition und der Begleitlues von Phtisikern nach akquirierter Syphilis, da es percutan zur Anwendung kommt. Die innerliche Jodmedikation soll hier keine wesentlichen Vorteile bieten. Man verwendet deshalb eine Mischung von 60 ccm Jothion und 40 g Lanolin. anhydricum. Von dieser Mischung reibt man täglich eine erbsengrofse Menge ein bis zwei Minuten lang in die Haut ein.

Bei Kindern genügt jeden zweiten Tag der vierte bezw. achte Teil des genannten Quantums.

Wenn Jodreaktionen irgendwelcher Art auftreten, so mufs die Applikation des Präparates einige Tage ausgesetzt werden.

Lenicet. AMENDE empfiehlt Lenicet als Salbe bei den rhagadenbildenden, trockenen Ekzemen der Handteller, bei den trockenen Ekzemen überhaupt, bei Prurigo und bei der Wundbehandlung. Reizerscheinungen, die auf das Lenicet hätten zurückgeführt werden müssen, sah der Autor niemals. Kontraindiziert ist die Lenicetsalbe bei nässenden Ekzemen, da sie das Nässen verschlimmert. Zu bemerken ist noch, dafs der Salbe eine spezifisch juckstillende Eigenschaft nicht zukommt. Bei Wundverbänden soll das Lenicet nicht rein, sondern in Mischung mit Talkpulver zur Anwendung kommen, da es sonst mit den Wundsekreten eine harte, schwer zu entfernende Masse bildet. Bei Hyperhidrosis beginnt man nach AMENDE mit dem Einstreuen der betreffenden Kleidungsstücke mit 20%igem Lenicetstreupulver, wenn keine stärkere Maceration und Entzündung der Haut vorliegt, kann auch 50%iges Streupulver, eventuell reines Lenicet eingestreut oder energisch eingerieben werden.

Mergal. Mergal ist für die innerliche Behandlung der Syphilis bestimmt. Boss berichtet über günstige Erfolge, besonders bei frischer Lues. Die Kapseln sind nach den Mahlzeiten zu geben. Dosis: Drei Kapseln à 0,15 pro die in den ersten fünf Tagen, dann sechs Kapseln pro die à 0,3, in schweren Fällen à 0,4 bis 0,5 (acht bis zehn Kapseln täglich).

Merkuriol. Mit 45%igem Merkuriolöl hat L. GLÜCK bei Syphilis Versuche angestellt. Er injizierte für gewöhnlich jeden vierten Tag 1½ Teilstriche der LANGschen Spritze (ca. 0,1 g Quecksilber) in die Glutäen. Diese Injektionen wirkten sicher, intensiv und nachhaltig auf die verschiedenen Syphilissymptome, nur was Schnelligkeit der Wirkung anbetrifft, stehen sie den Sublimatinjektionen nach, was auch C. MARCUS und E. WELANDER betonen. Schwere Komplikationen oder Nebenerscheinungen zeitigten die Merkuriolölinjektionen in der Regel nicht. Sie sind meistens schmerzlos, oder erzeugen doch nur ausnahmsweise ein Gefühl der Schwere in den Extremitäten. In einigen Fällen sah Autor Lungenembolie auftreten. Sechs Injektionen genügen gewöhnlich für eine Kur.

Methylenblau medicinale. Als ein vorzügliches Mittel erweist sich das Methylenblau bei Blennorrhoe in der gynäkologischen Praxis. F. W. BUKOEMSKI verwendete eine 4,5%ige, wässerige Lösung, mit der er nach Beseitigung des Eiters Harnröhre, Blasenhals, Blasenhöhle und Vagina auspinselte. Diese Prozedur wird täglich oder einen über den anderen Tag einmal vorgenommen. Sie erzeugt keine Reizerscheinungen, wirkt schmerzstillend und bringt die Gonokokken rasch zum Schwinden. Diese bakterizide Wirkung des Methylenblaus benutzt P. BERGMANN, um den Farbstoff als Prophylaktikum gegen Blennorrhoe dienstbar zu machen. Das von ihm zusammengestellte Mittel, das Deleol, besteht aus Methylenblau, Extractum Equiseti und Extractum Graminis und kommt in Kapselform in den Handel. Bei Bedarf wird eine Kapsel innerlich genommen.

Novocain. Es sei auf eine von TH. MAYER angegebene Verwendungsart des Novocains hingewiesen, welche die Schmerzlinderung subcutan injizierter Quecksilber-

salzlösungen bezweckt. Als solche empfiehlt der Autor eine Lösung von 1,7 g Sublamin in 50 g Wasser mit 0,75 g Novocain oder eine Lösung von 0,85 g Sublamin in 85 g Wasser mit einem Zusatz von 0,5 g Novocain.

Pittylen. Es wird von M. JOSEPH an Stelle des Teers empfohlen. Bei subakuten Ekzemen, nach Verschwinden der ersten entzündlichen Erscheinungen, und bei chronischen und impetiginösen Ekzemen der Kinder verwendet man es in Form einer 10% Pittylen enthaltenden Zinkoxyd-Amylumpasta oder einer wässerigen, genannte Stoffe enthaltenden Schüttelmixtur. Bei richtiger Indikationsstellung soll das Pittylen den übrigen Teerpräparaten gleichwertig sein, ist ihnen aber überlegen bei den hartnäckigen, chronischen, tylotiformen Ekzemen, sowie bei Lichen chronicus simplex, wobei sich 10—60%ige Pittylenparaplaste bewähren sollen. Letztere leisten auch bei chronischen Nagelekzemen, Onychia favosa, chronischen trockenen Ekzemen, chronischem Lichen simplex und Lichen ruber verrucosus gute Dienste. Bei Ekzema seborrhoicum capilliti pinselt man 8%iges Pittylenaceton, bei Pityriasis versicolor und Strophulus infantum 8%igen Pittylenspiritus und bei Herpes tonsurans 5—10%iges Pittylencollodium auf. Bei Akne vulgaris empfiehlt sich die Applikation von Pittylenseife.

Sajodin. Nach zahlreichen Arbeiten bewährte sich das Sajodin bei den verschiedensten Formen der tertiären Syphilis.

Yohimbin. Bei aller Skepsis, die man im allgemeinen den bekannten Mitteln gegen Impotenz entgegenbringt, müssen die Berichte von zahlreichen Autoren ein hohes Maſs von Vertrauen erwecken. Es scheint, daſs im Yohimbin tatsächlich ein Mittel vorliegt, das vermöge seiner physiologischen Wirkung imstande ist, Erektionen zu erzeugen und die nervöse bezw. funktionelle Impotenz nicht nur zeitweilig zu bessern, sondern oft dauernd zu heilen. Die Versuche STRUBELLS ergeben, daſs die Ursache der günstigen Yohimbinwirkung in dem gesteigerten Stoffwechsel des Zentralnervensystems zu suchen ist. Diese erhöhte Durchströmung erschöpfter Nervenzentren bringt es mit sich, daſs sowohl bei Neurasthenikern wie bei Tabikern der Rest der noch vorhandenen Potenz eine Stärkung erfahren kann, wenn der noch vorhandene Rest vom Gewebe des Erektionszentrums überhaupt noch funktionsfähig geblieben ist.

A. Strauſs-Barmen.

Das Licht als Heilmittel, von E. LESSER-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbldg.* 1907. Nr. 13.) Vortrag aus dem Zyklus über „Elektrizität und Licht in der Medizin", veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preuſsen. Kurze Übersicht von Krankheiten, welche mit Erfolg mit Licht behandelt werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Gegenwärtiger Stand der Phototherapie, von JAY FRANK SCHAMBERG-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 7.) Nichts Neues.

Schourp-Danzig.

Technik der Röntgenbestrahlung in der Dermatologie, von MIHRAN K. KASSABIAN-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 9.) Zum Schutze gegen Röntgendermatitis befindet sich der Verfasser bei Röntgensitzungen in einem abgeteilten Raume, von welchem aus er den Patienten und die Röntgenröhre mittels eines Spiegels im Auge behalten kann. *Schourp-Danzig.*

Zur Therapie der Hautkrankheiten intestinalen Ursprungs, von S. EHRMANN-Wien. (*Österr. Ärzte-Ztg.* 1907. Nr. 8 und 9.) Die Ursache des Ekzema ani et scroti, häufig infolge Sekundärinfektion durch Kratzen mit Furunkulose dieser Gegend verbunden, ist nach Ansicht des Verfassers zumeist in Erkrankungen des Dickdarms zu suchen. Ähnlich ist das Verhältnis bei der Neurodermitis. „Nur daſs hier das aus dem Darme aufgenommene Agens im Blute zirkuliert und zunächst Pruritus sowie Urticaria factitia erzeugt." An Kratz- und Reibungsstellen entsteht dann Ekzemati-

sation und Lichenifikation. Es ist daher neben der Lokalbehandlung auch eine Darmbehandlung erforderlich: Diät, vegetabilische Abführmittel und Darmantiseptica. Gute Erfolge erzielte er durch Darreichung von Levurinose, einem von J. Blaes & Co. in Lindau dargestellten Hefepräparat, in der Menge von dreimal täglich je einem Kaffeelöffel. *A. Schucht-Danzig.*

Eine einfache Behandlungsmethode gewisser Dermatosen und Deformationen des Gesichtes, von L. Jacquet. (*Presse méd.* 1907. Nr. 46.) Die Ursache der Verfärbungen, der Hyperidrosis, Seborrhoe und Akne des Gesichtes ist vor allem in einer starken Reizung des Magendarmkanals zu suchen. Eine solche wird bedingt nicht allein durch Art und Menge der Nahrungsmittel, als besonders durch zu schnelles Essen gröfserer Mengen. Die Behandlung soll bestehen in einer gleichmäfsigeren Verteilung der Mahlzeiten, zeitweiser Milchdiät, und besonders auch in einer systematischen Massage der Gesichtshaut. *A. Schucht-Dansig.*

Die Anwendungsgebiete der Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von Russel H. Poggs-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 27. April 1907.) Nach einer sehr eindringlichen Mahnung, die Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken erst dann anzuwenden, wenn man sich mit der Technik und der Röntgenphotographie völlig vertraut gemacht hat, bespricht P. kurz verschiedene Hautaffektionen, bei welchen sich ihm die Röntgentherapie in hervorragendem Mafse bewährt hat. Es sind das hartnäckige Fälle von Ekzema (kompliziert mit Ulcus varicosum), von Akne (pustulöser), Psoriasis — bei dieser ist besonders auf genügend hohe Dosierung zu achten — Narben-Keloid und Hauttuberkulose; bei letzterer sind vier Arten von Affektionen zu unterscheiden, nämlich 1. Lupus vulgaris, 2. Tuberculosis verrucosa, 3. Tuberculosis cutis orificialis und 4. Scrophuloderma. Diese vier Varietäten beruhen auf der gleichen histologischen Basis und nur die verschiedenartige Entwicklung bringt die klinischen Bilder hervor. Bei Trichophytosis und Favus ist die Röntgentherapie besonders wertvoll, indem sie als depilierendes und keimtötendes Mittel wirkt; merkwürdigerweise ist sie auch von Nutzen bei Alopecia areata, wo die gegenteilige, physiologische Wirkung erforderlich ist.

Stern-München.

Über die Bierrsche Hyperämiebehandlung, von Carl Schlatter-Zürich. (*Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 13.) Bei einem Beobachtungsmaterial von 250 Fällen will der Verfasser ein abschliefsendes Urteil über den Wert dieser neuen Behandlungsmethode nicht fällen. Einen günstigen Einflufs der heifsen Luft konnte er bei chronischen Gelenkentzündungen auf rheumatischer und blennorrhoischer Grundlage feststellen. Bei Furunkeln sah Schlatter im allgemeinen wenig erfreuliches von der Saugbehandlung, so dafs er gröfsere Inzisionen vorzieht und das Saugglas nur zur Nachbehandlung appliziert.

Glücklichere Erfolge brachte ihm die Anwendung der Stauungsbinde bei der Behandlung akuter Entzündungen. Bei Panaritien, Lymphangitis, Lymphadenitis inguin. wurden überraschende Heilungen unter bedeutender Verringerung der Schmerzen erzielt. *Schourp-Dansig.*

Atoxyl bei Spirochätenerkrankungen, von R. Romme. (*Presse méd.* 1907. Nr. 46.) Referat der Arbeiten Uhlenhuths und seiner Mitarbeiter.

A. Schucht-Dansig.

Atoxyl bei Syphilis und Framboesia, von A. Neisser-Breslau, zurzeit Batavia. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 38.) In dieser kurzen Mitteilung bestätigt N. zunächst die von anderen Autoren publizierten günstigen Wirkungen des Atoxyls auf Grund seiner Beobachtungen an Affen. Seine Wertschätzung des Mittels gründet sich weniger auf klinische Erfolge, obgleich auch solche, z. B. namentlich

eklatant bei einem inveterierten Falle von Syphilis bei einem Orang Utan, konstatiert wurden, als auf den wiederholt beobachteten Umstand, daſs Organverimpfungen (Milz, Knochenmark) nach Atoxylbehandlung fast immer negativ ausfielen, ohne solche Behandlung dagegen beinahe ausnahmslos ein positives Ergebnis lieferten. Noch deutlicher war der Heileffekt des Atoxyls, wenn dasselbe in Kombination mit Trypanrot gegeben wurde, doch ist letzteres wegen der intensiven und anhaltenden Rotfärbung der gesamten Haut beim Menschen nicht zu verwenden. Fälle von Framboesia beim Menschen hat N. noch nicht mit Atoxyl behandelt, aber ein sehr hartnäckiger, Monate alter Fall dieses Leidens bei einem Orang hat er nach zehntägiger Behandlung so überraschend heilen sehen, daſs er an dem Werte des Mittels keinen Zweifel zu haben scheint. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Flüssige Luft in der Dermatologie, ihre Anzeigen und Beschränkungen, von Henry H. Whitehouse - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 5.) Bericht von insgesamt zwölf Fällen von Naevi pigmentosi, Naevus vasculosus, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris und 15 Fällen von Epitheliom, in welchen sich die Behandlung mit flüssiger Luft als günstig erwies. Allerdings ist die Anwendung bei Epitheliom nur dann empfehlenswert, wenn die Lymphdrüsen noch nicht in Mitleidenschaft gezogen worden sind.

Als Mittel zur lokalen Anästhesie wird flüssige Luft an Wirksamkeit von anderen Mitteln übertroffen. *Schourp-Danzig.*

Die Spaltung einiger unlöslicher Jodverbindungen im tierischen Organismus, von Hans Hemmerling. (Inaug. - Dissert. Bonn 1906.) Das unlösliche Jodsilber erfährt im Organismus eine Spaltung in der Weise, daſs das Silber als Schwefelsilber in den Kot und das Jod als lösliches Jodid in den Harn übergeht. Die Spaltung wird durch den im Eiweiſs enthaltenen Schwefel oder durch den bei der Zersetzung des Eiweiſses freiwerdenden Schwefelwasserstoff hervorgerufen. Da der Schwefelwasserstoff im tierischen Organismus nur im Darm vorkommt, so muſs hier der Ort der Spaltung des Jodsilbers zu suchen sein. *Fritz Loeb-München.*

Über das Jothion, von Erich Richter. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.) Jothion enthält bekanntlich ca. 80% Jod in organischer Bindung. Es ist eine schwach gelblich gefärbte, durchsichtige ölartige Flüssigkeit mit schwachem Jodgeruch, fast unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Ölen, Glycerin und den übrigen organischen Lösemitteln. Es soll percutan dem Körper einverleibt werden und nach Art einer Inunktionskur in Salbenform dem Patienten auf der Haut verrieben oder in flüssigem Zustande aufgepinselt werden. Am schnellsten wird reines Jothion oder eine Glycerin-Alkohollösung resorbiert, während sich bei Anwendung eines Salbengemisches die Resorption verzögert. Die leichte Resorbierbarkeit des Jothion dürfte wohl darauf zurückzuführen sein, daſs es in seiner Eigenschaft als Säureester und vermöge seiner leichten Fettlöslichkeit die Haut durchdringt und sich im Unterhautfettgewebe ablagert, woselbst das Jod dann abgespalten wird und Verbindungen mit Alkalien und Eiweiſskörpern eingehen kann. Es ist nicht nötig, zur Applikation groſse Mengen des Medikamentes anzuwenden, sondern schon bei ganz geringen Mengen erfolgt eine deutliche Aufnahme von Jod in den Organismus. Es genügt also zu einer Jodbehandlung, daſs man dem Patienten ca. 3—5 g einer 50%igen Jothionlösung alle zwei Tage einreibt, womit man eine gründliche Jodüberschwemmung des Körpers erreichen kann.

Unangenehme Nebenwirkungen fehlen dem Jothion. Es wird bedeutend leichter vertragen als Jodkalium. Um das bei Einreibung reinen Jothions oder von Verdünnungen mit Glycerin oder Alkohol auftretende Brennen zu vermeiden, braucht man nur eine Mischung von Jothion mit Lanolin zu gleichen Teilen zu verwenden.

Verfasser erblickt im Jothion ein Mittel, welches sowohl für klinische als auch für ambulante Jodbehandlung aufserordentlich gut geeignet ist, das sich bequem anwenden läfst und somit einen ausgezeichneten Ersatz für die innere Jodbehandlung bietet. Es eignet sich am besten zur Behandlung derjenigen Fälle, bei denen eine allmählich einsetzende langandauernde Jodbehandlung am Platze ist, namentlich dann ist es indiziert, wenn der Magen-Darmkanal geschont werden soll oder Neigung zum Jodismus besteht. Die Indikationen des Jothions decken sich im wesentlichen mit denen des Jodkaliums. *Fritz Loeb-München.*

Über das Jodpräparat Sajodin, von Fr. Junker. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 35.) Aus der Arbeit interessieren uns die Versuche an Luetikern. Die Erfahrungen des Verfassers decken sich mit denen Roschers aus der Lesserschen und und Mayers aus der Lassarschen Klinik in Berlin. Der heilende Einflufs des Sajodins war deutlich zu konstatieren in gleicher Dosis wie bei Jodkalium.

Trotzdem das Sajodin nur den dritten Teil Jod enthält wie Jodkalium, hat es sich, in gleicher Dosis wie dieses gegeben, bezüglich der therapeutischen Wirkung als völlig gleichwertig erwiesen. Da es ungleich besser ertragen wird, kann es unter Umständen in gröfseren Tagesdosen und viel länger verordnet werden, so dafs es energischere Jodkuren und eine Steigerung des therapeutischen Effekts ermöglicht.

A. Straufs-Barmen.

Notiz über das Sajodin, von O. Eschbaum. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 18.) In der medizinischen Klinik in Bonn wurde Luetikern, die gegen verschiedene Jodpräparate eine ausgesprochene Idiosynkrasie zeigten, Sajodin gegeben. Dieses erwies sich als ein Mittel, das von den Jodpräparaten wohl die geringsten Nebenerscheinungen zeigt und daher in manchen Fällen dort angewandt zu werden verdient, wo die anderen Jodsalze nicht vertragen werden. Jedoch mufs auch beim Sajodingebrauch zur Vorsicht gemahnt werden, da auch hier bei Kranken mit schwerer Jodidiosynkrasie üble Zufälle nicht vermieden werden können.

A. Straufs-Barmen.

Opsonintherapie bei Hautkrankheiten, von H. R. Varney-Detroit. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 4.) Die von Wright, Leischman und Douglas aufgebaute Opsoninbehandlung hat sich bei Akne, Furunkulose und kokkogener Sykosis bewährt. Dies wird von Schamberg, Mc. Connell, Joseph Zeissler und Hartzell bestätigt, welche aufserdem bei Lupus vulgaris und Hauttuberkulose mit der opsonischen Behandlung gute Erfolge gehabt haben. *Schourp-Danzig.*

Über Protargolsalbe, von Müller. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.) Ihre Bedeutung sieht Verfasser in ihrer chemotaktischen Reizwirkung auf die Epithelzellen. Er verwandte mit vorzüglichem Erfolge bei Verbrennungen folgende Salbe:

℞ *Protargol.*	3,0
Sol. in. aq. frig.	5,0
Misc. c. Lanol. anh.	12,0
Adde Vaselin. fl.	10,0.

A. Straufs-Barmen.

Über Protargol und seine Lösungen, von A. Brüning. (*Pharm. Ztg.* 1907. Nr. 13.) Wässerige Lösungen sind frisch und in der Kälte herzustellen. Eine gute Lösung reagiert schwach alkalisch. Zu beachten ist, dafs man nicht Gläser zum Aufbewahren benutzt, aus denen Substanzen gelöst werden, und dafs das Wasser nicht zu lufthaltig ist. *A. Straufs-Barmen.*

Eine neue Anwendungsform der Tonerde, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1907. Nr. 8.) Saalfeld berichtet über einige neuere Präparate und zwar:

1. Das Eston, ein feines weifses Pulver, welches unter dem Einflusse von wasserhaltigen, speziell alkalischen Flüssigkeiten wie Blut, Eiter usw. andauernd und ganz langsam die lösliche Form der essigsauren Tonerde abspaltet und daher in milder Dauerform die antiseptische und adstringierende, reizlos heilende Wirkung des Liquor Aluminii acetici entfaltet, verbunden mit den aufsaugenden und austrocknenden Wirkungen eines porösen Pulvers, es empfiehlt sich in verdünnter Form mit indifferenten Pudern oder Salben vermischt. Noch stärker wirkt

2. das Fermeston, bei dem die Abspaltung der Componentin rascher erfolgt.

3. Subeston wirkt austrocknend, aber nicht so energisch antiseptisch und adstringierend wie 1 und 2.

Im ganzen wandte Saalfeld die drei Mittel bei 170 Fällen an, wo es sich hauptsächlich um die austrocknende Wirkung handelte, daneben wirkten die Mittel kühlend und juckstillend. Das Fermeston bewährte sich besonders als Fermestonkühlsalbe bei impetiginösem Ekzem. S. empfiehlt die Nachprüfung der gut austrocknend wirkenden Präparate besonders bei Ekzemen, Intertrigo. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die toxische Wirkung des Chrysarobins auf die Nieren und seine Ausscheidung, von Max Winkler-Luzern. (*Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 18.) Der Verfasser weist an der Hand einer Literaturzusammenstellung darauf hin, dafs positive Tatsachen für die Annahme einer toxischen Chrysarobinwirkung auf die Nieren des Menschen nur in sehr geringer Zahl vorhanden sind. An Kaninchen hat er vergeblich versucht, mit interner Chrysarobinverabreichung eine schwerere Nephritis zu erzeugen, obgleich mit grofsen Dosen experimentiert und die Droge lange Zeit hindurch verabfolgt wurde. Die Prüfung, ob bei externer Applikation von Chrysarobin beim Menschen eine Resorption und eventuell eine Nierenreizung möglich sei, ergab, dafs die Resorption des Chrysarobins aus Salben durch die Haut sehr gering ist, und dafs die Gefahr einer Nierenreizung kaum in Betracht kommt. Selbst bei schwerer Chrysarobin-Dermatitis ist eine eventuelle Resorption jedenfalls so klein, dafs es nur sehr selten zur Ausscheidung von Albumen oder zur Nephritis kommt.

Schourp-Danzig.

Erfahrungen mit Levurinose, von A. Weiss-Wien. (*Allg. med. Centralztg.* 1907. Nr. 33.) Einer Frau, welche „nach einer Blennorrhoe einen übelriechenden Ausflufs“ bekam, führte der Verfasser zweimal täglich Tampons, getränkt mit 1%iger Levurinoselösung, ein. In der vierten Woche hörte der „Ausflufs“ auf.

Ein Mann mit Furunkulose nahm dreimal täglich 1 g Levurinose ein. Nach acht Wochen war der Körper wieder rein. Im selben Jahre kam das Leiden nicht wieder.

(Solche Erfahrungen dürften kaum einer Kritik stand halten und nicht dazu dienen, den „Wert“ des Präparates festzustellen. D. Ref.) *Schourp-Danzig.*

Angioneurosen.

Ein Fall von Oedema cutis factitium, von H. Vörner-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 18. Juli 1907. Nr. 29.) Ein 25 jähriger Schlosser bot von Zeit zu Zeit die Eigentümlichkeit dar, dafs die Haut auf jeglichen Druck oder Quetschung mit einem intensiven Ödem, Schwellung und Rötung an der betroffenen Stelle und deren nächster Umgebung einige Stunden später reagierte. Während der Patient zeitweilig seinem Berufe ungehindert nachgehen konnte, genügte oft ein kräftiges Anstemmen der Hände oder irgend eines anderen Körperteils, um die Erscheinung dort hervorzurufen. Dermographismus bestand nicht, und die Affektion wich auch sonst von

Urticaria vielfach ab. Dagegen sieht V. darin ein Analogon zum QUINCKEschen Ödem (Oedema angioneuroticum), wenn auch die bei letzterem zu beobachtenden Symptome seitens des Gastrointestinaltraktus im vorliegenden Falle fehlten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

QUINCKEs Ödem und seine Analogie mit der Urticaria, von DONEGANA. (*Rif. med.* 1907. Nr. 22.) Als Belege für diese Analogie zitiert der Verfasser ihre gemeinsame Ätiologie (Absorption von toxischen Substanzen, Austern, Erdbeeren, Krustazeen, Gefrorenes). Gewisse Zustände im sexuellen Leben des Weibes veranlassen sowohl das Auftreten von Urticaria als von angioneurotischen Ödemen; infektiöse Krankheiten, psychischer Schock (Schrecken) können dieselbe Wirkung haben. Ein weiteres Argument zugunsten dieser Theorie ist das gleichzeitige Vorkommen beider Affektionen bei demselben Individuum oder bei Gliedern derselben Familie. wobei offenbar das Nervensystem eine Hauptrolle spielt. *C. Müller-Genf.*

Angioneurotisches Ödem, von STARLING LOVING. (*New York. med. Journ.* 10. Aug. 1907.) Im Anschlufs an vier selbst beobachtete Fälle, welche in beinahe gleicher Weise verliefen — die Hautaffektion trat ganz plötzlich nach kurz vorhergehenden Magen-Darmstörungen auf, verbreitete sich in wenigen Stunden besonders an der unteren Körperhälfte, war vor allem ausgeprägt am Rumpf und den äufseren Geschlechtsteilen und nur mit geringer Röte und Jucken verbunden — bespricht L. dieses Hautleiden und deren Differentialdiagnose. Bei Urticaria ist das Juckgefühl viel heftiger und erfolgt die Ausbreitung der Eruption viel rascher, indem oft nach ein bis zwei Stunden fast die ganze Hautoberfläche bedeckt ist. Erythema multiforme entwickelt sich nicht so rasch, wie das angioneurotische Ödem, ist nicht so erhaben über der Haut und hat mehr das Aussehen von Kontusionen, während beim Ödem Verfärbung selten ist. Die Prognose ist, aufser wenn Rachen- und Kehlkopfschleimhaut befallen sind, quoad vitam eine gute, jedoch prädisponiert ein Anfall zu weiteren. Die Behandlung ist eine symptomatische: Purgantien, lokal beruhigende Mittel (Bleiwasser u. ä.). *Stern-München.*

RAYNAUDsche Krankheit, von JOHN V. SHOEMAKER-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 4. Mai 1907.) SH. beobachtete bei einer 34jährigen Patientin (Russin) einen etwas seltenen Verlauf dieser Krankheit: obwohl dieselbe bereits acht Jahre zurückdatierte, wo zuerst das Ende des rechten Zeigefingers im Vergleich mit den anderen Fingern blässer erschien und bald eine gewisse Blässe annahm, befindet sich Patientin noch im zweiten Stadium der Krankheit, dem der lokalen Kongestion; die Finger sind alle aufgedunsen, rot und fühlen sich bei Berührung kalt an. Ätiologisch nimmt Verfasser hier eine frühere hartnäckige Diarrhoe an, welche das Gefäfssystem und die blutbildenden Organe pathologisch veränderten. Die Behandlung solcher Patienten sollte mit hygienischen (Freiluft, Sonnenschein, Klimawechsel) und diätetischen (Vegetabilien, welche relativ grofse Mengen von Schwefel und Eisen enthalten) Mitteln, ferner mit Elektrizität in Form des hochgespannten, des galvanischen oder elektrischen Stromes und in tonischen Medikamenten bestehen. RAYNAUDS Krankheit kann im dritten Stadium (der Gangrän) mit diabetischer oder hysterischer Gangrän verwechselt werden; bei ersterer ist der Verlauf viel rascher wie bei der RAYNAUDschen Krankheit, sind Zeichen allgemeiner Abmagerung vorhanden, ist die Gangrän selten symmetrisch, ebenso sind bei letzterer ferner konstante Schmerzen vorhanden, frühere hysterische Anfälle meist nachweisbar. *Stern-München.*

Veronal-Dermatitis, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. (*Journ. americ med. assoc.* Bd. 48, Nr. 22.) Ein 67jähriger Mann erhielt in einer Nacht 1,35 g Veronal. Es erfolgte unter Bewufstlosigkeit ein Hautausschlag, welcher am meisten die Unterextremitäten befiel und in Erythem und in makulo-papulösem Exanthem bestand.

Unter milden Laxantien schwand der Hautausschlag in vier Tagen unter Hinterlassung bräunlicher Flecke. *Schourp-Danzig.*

Veronal-Dermatitis, von WILLIAM HOUSE-Portland. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 16.) Bei einem 61jährigen Manne trat nach Einnahme von 0,9 g Veronal unter Fieber Rötung und Schwellung der Haut des Gesichtes und des Rückens auf, ähnlich einem Erysipel, während die Vorderseite des Körpers, sowie Arme und Beine mit dunkelroten Knötchen bedeckt waren, welche heftig juckten.

Der Patient hatte bereits früher ein ähnliches Exanthem nach Aufnahme von 0.3 g Veronal gehabt. *Schourp-Danzig.*

Veronal und Proponal, von HORST STRASSNER. (Inaug.-Diss., Rostock 1907.) In Anbetracht dessen, dafs die nach Veronalgebrauch in seltenen Fällen beobachteten Erytheme als leicht juckend geschildert werden, verdient die von STRASSNER gemachte Beobachtung betreffs der Einwirkung des Veronals auf Hautjucken Beachtung. Er konnte mit Veronal bei Ikterus und bei manchen Hautkrankheiten den bestehenden Juckreiz mit kleinen Dosen Veronal mildern und auch ganz unterdrücken.

Erytheme nach der Anwendung des Proponal, wie sie von EHRKE beschrieben sind (*Psychiatrisch-neurologische Wochenschr.* 1906. Nr. 8) konnte Verfasser nach der Anwendung des Proponal nicht konstatieren.

Beide Mittel bewährten sich bestens als Hypnotika. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum, von A. NOBBS-London. (*Lancet.* 27. April 1907.) Verfasser berichtet über einen ausgesprochenen, typischen Fall bei einem 62jährigen Manne mit günstigem Verlauf binnen sechs Wochen. Er wendet sich dagegen, dafs man diese Affektion als eine entzündliche bezeichne, und stellt vermutungsweise die Frage, ob vielleicht die Schilddrüse hierbei eine Rolle spielen könne. Beim vorliegenden Falle war sie leicht geschwollen und etwas empfindlich auf Druck. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Epidemie von akuter Pellagra, von GEORGE H. SEARCY-Juscaloosa. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 1.) Im letzten Sommer trat im Mount Vernon Insane Hospital eine Pellagraepidemie auf. Von den 88 erkrankten Fällen starben 57, mithin 64 %, nach zwei bis drei Krankheitswochen. Aufser entsprechend geänderter Diät wurden den Kranken Präparate von Arsen, Eisen und Pepsin gereicht. Von den Krankenpflegern wurde niemand von der Krankheit befallen.

Schourp-Danzig.

Über Lokalisation und Natur der pellagrösen Hautsymptome, von PIUS DEIACO-Pergine. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) An einer Reihe von Beobachtungen beweist D., dafs das Pellagraerythem nicht nur die den direkten Sonnenstrahlen ausgesetzten Körperteile befällt, sondern dafs es sich auch über den ganzen Körper verbreiten kann. Man findet auch öfters Individuen, welche alle Symptome der Pellagra, insbesondere von seiten des Zentralnervensystems aufweisen, ohne jedoch einstweilen die geringste Anomalie der Haut zu zeigen, bis endlich das erst viel später auftretende Erythem die Diagnose sicherstellt. Je mehr jedoch der allgemeine Krankheitsprozefs weiterschreitet, je häufiger die einzelnen Pellagraattacken aufeinander folgen, desto ausgeprägter werden die Hautveränderungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Atoxylbehandlung der Pellagra, von V. BABES und A. VASILIN-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 28 u. 38.) Das auch bei Lues in der letzten Zeit vielfach empfohlene Atoxyl wurde von den Verfassern bei einer Reihe von Pellagrafällen angewandt und zwar in Form von subcutanen Injektionen von 0,1—1 g langsam steigend jeden siebenten Tag; es wurden leichte und schwere Fälle behandelt. Die Symptome der Pellagra mit Ausnahme der schweren cerebralen Zustände und der

Tachykardie wurden selbst durch geringe Dosen Atoxyl oft mit einem Schlage gebessert und schwanden nach wenigen Tagen. Die Kontrollkranken, welche nicht mit Atoxyl behandelt wurden, blieben in schlechtem Zustande, während die mit Atoxyl behandelten Kranken, im Vergleich zu ihnen, noch ein bis drei Wochen zum gröfsten Teil als gesunde Personen imponierten. Verfasser glaubt, dafs in der Behandlung der Pellagra mit dem Atoxyl ein Mittel entdeckt wurde, welches mehr leistet als alles bisher Versuchte, und welches bestimmt zu sein scheint, in Verbindung mit rationeller Ernährung dazu beizutragen, dem Elend, welche diese Krankheit in der Landbevölkerung Italiens verbreitet, Einhalt zu tun.

In einem zweiten Berichte verkünden Verfasser ihre weiteren Beobachtungen der Atoxylbehandlung der Pellagra bei einer Reihe von 62 Fällen aller Art. Der rasche Erfolg bei akuten Fällen und bei jugendlichen Individuen ist zweifellos, fast alle derartige wurden mehrere Tage im Spital beobachtet, bevor sie mit Atoxyl behandelt wurden, und kein einziger derselben zeigte währenddessen eine Besserung, während fast unmittelbar nach der ersten Atoxylinjektion eine auffallende Besserung einsetzte, welche sich auf alle Pellagrasymptome erstreckte und sich immer mehr akzentuierte. Die schnelle Besserung und Heilung ist besonders auffallend bei Kindern. Fast ebenso wirksam wie bei jugendlichen Personen ist die Atoxylbehandlung bei Personen mittleren Alters in einfachen Fällen, die Heilung wurde im Durchschnitt in etwa 14 Tagen erzielt, doch gibt es ausnahmsweise Fälle, welche dem Mittel hartnäckig widerstanden. Wesentlich anders verhalten sich die Fälle mittleren Alters mit schweren Geistesstörungen und Komplikationen; die mit mäfsiger geistiger Verwirrtheit oder Melancholie wurden meist schnell gebessert oder geheilt. Namentlich bei sämtlichen sechs von den Verfassern beobachteten Personen, welche blofs mäfsigere akute Geistesstörung zeigten, war schnell auffallende Besserung und im Durchschnitt in etwa 12 Tagen Heilung eingetreten; in den übrigen 12 Fällen, wo schwere Komplikationen vorherrschten, übte das Atoxyl immerhin von Anfang an und allmählich eine heilsame Wirkung aus. Die Besserung hielt aber in sechs von diesen Fällen nicht lange an, es traten immer wieder Rezidive, namentlich Gehirnsymptome, sowie verschiedene Erscheinungen auf, welche gewöhnlich nicht der Pellagra, sondern dem schweren Allgemeinzustand oder der Geisteskrankheit angehörten.

Bei über 50 Jahre alten Personen ist die Atoxylbehandlung ebenfalls wirksam, doch wird die gänzliche Heilung etwas verzögert. In einfachen Fällen ist auch hier die Heilwirkung sehr auffallend, so wurde in drei Fällen Besserung schon nach zwei Tagen und Heilung im Durchschnitt nach 13 Tagen erzielt, in anderen ist das Resultat nicht so deutlich, auch bei schweren Fällen war ein Effekt da, indem zwar nicht völlige Heilung, wohl aber hochgradige Besserung nach 8—70 Tagen erzielt wurde. Hier sind gröfsere Dosen indiziert, die Resultate hielten überall lange an.

Bernhard Schulze-Kiel.

Thyreoïd-Extrakt bei Henochs Purpura, von J. Wirt Robinson-Mackay. (*Journ. americ. med. assoc.* 1907. Bd. 49, Nr. 3.) In einem Falle von Henochscher Purpura versagte jede angewandte Therapie. Da entschlofs sich R., zweimal täglich 0,06 g Extr. Thyreoid. zu geben. Innerhalb von zwei Wochen trat Heilung ein. Bei einem Rezidiv war der Erfolg des Thyreoid-Extrakt gleichfalls schnell und gut, so dafs der Verfasser die Verordnung in kleineren Dosen fortzusetzen für gut hielt.

Schourp-Danzig.

Traumatische Entzündungen.

Ein Instrument zur partiellen Exzision des eingewachsenen Nagels, von C. Ettameier-Bayreuth. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 33.) Das neue Instrument

tellt eine Zange dar, deren Branchen einen Keil und eine Rinne bilden; der Keil dessen vordere Kante geschärft ist, paſst exakt in die Rinne, so daſs beim Schlieſsen, der Zange die aneinander vorbeigleitenden Kanten die Wirkung einer Schere haben. Die der kranken Nagelseite entsprechende Hälfte des Keils wird unter die eingewachsene Partie geschoben und das Instrument geschlossen, wobei der Nagel entlang der Kante des Keils durchschnitten wird; die Branchen fassen gleichzeitig das zu entfernende Stück fest, sodaſs dieses mit dem Instrument herausgezogen werden kann. Der ganze Eingriff geht sehr rasch vor sich. — Die Zange wird von Kleinknecht-Erlangen hergestellt. *Götz-München.*

Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung, von H. Netter-Pforzheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 29.) Verfasser empfiehlt bei schweren Brandwunden die Anwendung einer 10 %igen Protargolsalbe, der Effekt ist gut, die Vernarbung vollzieht sich glatt und schön. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol", von M. Joseph-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 18.) Im Anschluſs an den von Klose beschriebenen Fall weist J. darauf hin, daſs er bereits zweimal Gelegenheit hatte, das Entstehen von Dermatitis infolge des Gebrauches von „Javol" zu beobachten. Günstiges ist ihm von dem Mittel bisher nicht bekannt geworden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vergiftung durch Primula obconica, von E. A. Sweet-Fort Stanton. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 4.) Eine 59jährige Frau mit Appendicitis litt seit drei Jahren an einer hartnäckigen Dermatitis mit gelegentlichen Exacerbationen, welche unter unerträglichem Jucken und schwerer Conjunctivitis einhergingen. Alle angewandten Maſsregeln waren vergeblich, bis als Ursache des Leidens eine im Zimmer gehaltene Primula obconica erkannt wurde. *Schourp-Danzig.*

Neurotische Entzündungen.

Über Herpes bei Meningitis cerebrospinalis epidemica, von Hugo Einhorn-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 23.) Bei der jetzt oft epidemisch auftretenden Genickstarre beobachtet man oft nebenbei einen Herpes wie bei anderen fieberhaften Krankheiten. Zuweilen heilt dieser Herpes mit Zurücklassung feiner Narben, wie Verfasser es in letzter Zeit zweimal sehen konnte. Auch persistieren die Bläschen häufig auffallend lange. Charakteristisch ist für diesen Herpes, daſs die Eruption schubweise auftritt, derart, daſs man neben eingetrockneten noch frische Bläschen findet, während bei den meisten anderen akuten Infektionskrankheiten die Herpeseruption mit einem Male auftritt und mit diesem einmaligen Ausbruche der Bläschen abgeschlossen erscheint. Neben der ungewöhnlichen Mächtigkeit des Ausschlages ist für diesen Herpes bei Genickstarre noch charakteristisch die atypische Lokalisation, er tritt auch an Stellen auf, die bei anderen Fieberkrankheiten stets frei bleiben, z. B. Ohrmuschel, Augenlid, Daumen und Kopfhaut. Auf den Schleimhäuten ist er oft nicht leicht zu diagnostizieren. Eine Therapie ist meist nicht notwendig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung des Fothergillschen Gesichtsschmerzes, der Ischias und der Neuralgien bei Herpes zoster, von Robin. (*Bulletin général de Thérapeutique.* 1907. Nr. 10.) Die Behandlung besteht in einer allgemeinen und einer lokalen. Was die erstere anbelangt, so werden eine Reihe von Medikamenten innerlich verabreicht, jedoch nicht einzeln, sondern gleichzeitig nach folgendem Rezepte: Pyramidon 3, Bromammonium und Jodammonium āā 5,0, Sparteinsulfat und Cocain āā 0,1, Coffeinvalerianat 0,5, Sirup 10 Eſslöffel; D. S. 2—3 Eſslöffel bei den An-

fällen. Lokal werden Injektionen von 25%iger Lösung von Natrium Glycerophosphat, je eine Pravazspritze, verordnet. Erfolgt nach etwa acht Injektionen keine Besserung, so werden Injektionen von Scopolamin-Bromhydrat (1—5 dmg) gemacht; bei diesem Medikament ist mit Vorsicht vorzugehen. Genügen auch diese nicht, so wird mit Aconitin ein Versuch gemacht (1—3 dmg kristallisiertes Aconitin). Alle diese Injektionen sind in der Nähe des Austrittes des affizierten Nerven vorzunehmen. Gleichzeitig werden zweimal täglich Ätherzerstäubungen appliziert.

C. Müller-Genf.

Erythromelalgie, von Irving Wilson Voorhees - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 22.) Überblick über die Literatur. *Schourp-Danzig.*

Eine ungewöhnliche kongenitale Affektion der Haut, von Philipp G. Borrowmann. (*Scott. med. Journ.* Juni 1907.) Bei dem 14jährigen Mädchen handelt es sich um eine auf die linke Körperhälfte beschränkte Affektion, welche seit der Geburt bestehend, sich nicht verändert hat und aus Bändern und Flecken, die vom Nacken bis zum Fuße reichen, zusammengesetzt ist. Die einzelnen Neubildungen bestehen aus einer enormen Zahl verlängerter und verdickter Papillen, gewöhnlichen Warzen gleichend, 3—4 mm im Durchmesser und etwa 1½ mm hoch; die Warzen berühren gerade einander, an manchen Stellen lassen sie einen Zwischenraum gesunder Haut zwischen sich. Die Farbe der warzigen Gebilde ist hellbraun und nicht viel dunkler als die der gesunden Haut. Im Sommer ist ausgesprochen weniger Pigmentierung vorhanden als im Winter, Neigung zu Blutung oder Ulceration ist nicht, kein Juck- oder anderes subjektives Symptom vorhanden, das Allgemeinbefinden nicht im geringsten affiziert. Wie B. aus den Abbildungen entnehmen will, läßt die Verteilung der Hautaffektion auf nervösen Ursprung schließen, wiewohl sie nicht genau den Linien der Hautnerven folgt. In der Patientin Familie ist anamnestisch nichts von Warzen, Mälern oder Naevi nachzuweisen. *Stern-München.*

Akute Exantheme.

Über die Blutplättchen bei akuten Infektionskrankheiten, von N. Tschistowitsch. (*Folia haematologica.* IV. Jahrg. Mai 1907,) Bei sämtlichen, vom Verfasser untersuchten, Infektionskrankheiten, mit Ausnahme des Scharlachs, nämlich bei Masern, kroupöser Lungenentzündung, Erysipel, Pocken, phlegmonöser Angina und Diphtherie fand er auf der Höhe des Fieberprozesses die Zahl der Blutplättchen vermindert; nach der Entfieberung und während der Genesung nimmt sie wiederum zu. Beim Scharlach beobachtet man gewöhnlich mehr oder weniger bedeutendes Anwachsen der Blutplättchenmenge; in den ersten Tagen aber ist dieselbe entweder normal oder sogar unter der Norm, sodann wächst sie jäh an. Der Scharlach zeigte also dieselbe Reihenfolge der Erscheinungen, nur ist bei ihm die Periode der Blutplättchenverminderung eine kurze und die Vermehrung sehr scharf ausgeprägt. Komplikationen beim Scharlach (Gelenkaffektion, eitrige Otitis media), welche mit Fieberanstieg einhergehen, haben temporäre Verminderung der Blutplättchenzahl zur Folge. Injektion von Antistreptokokkenserum wirkt nicht in merklicher Weise auf die Blutplättchenmenge ein. Zwischen dem Leukocytengehalt des Blutes und der Blutplättchenmenge besteht keine Abhängigkeit, ebensowenig wie zwischen Blutplättchen- und Erythrocytenmenge. Im allgemeinen fällt eine strenge Gesetzmäßigkeit bei Betrachtung der Schwankungen der Blutplättchenmenge auf: auf jede Invasion von Infektionsstoffen in den Organismus reagiert dieser letztere nicht nur durch Veränderung des Leukocytengehalts, sondern auch durch Veränderungen im Blutplättchengehalte, indem die Zahl dieser Gebilde zu Anfang abnimmt,

dann aber in der Rekonvaleszenzperiode wieder zunimmt. Hypothetisch schliefst nun Verfasser, dafs die Blutplättchen, nachdem sie in dieser letzteren Periode zunehmen, also in der Zeit des erfolgreichen Kampfes des Organismus mit den Infektionskeimen, Träger gewisser Schutzstoffe sind; mit dieser Hypothese liefsen sich leicht alle Veränderungen des Blutplättchengehaltes in den verschiedenen Phasen der Infektionskrankheiten erklären. *Stern-München.*

Der opsonische Index bei gewissen akuten Infektionskrankheiten, von Ludwig Hektven-Chicago. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 44, Heft 5.) Die Untersuchungen H.s bezogen sich auf den Index des Streptococcus pyogenes bei Scharlach, ferner der Pseudodiphtherie, Typhus- und Paratyphusbazillen usw. Der Hauptsache nach entsprach die Kurve des opsonischen Index bei vielen akuten Infektionskrankheiten der Kurve, die bei experimentellen und therapeutischen Einimpfungen der entsprechenden Bakteriensubstanzen gewonnen wurde: unmittelbar auf die Invasion des Mikroorganismus fällt der Index unter die Norm, d. h. er tritt in die negative Phase ein. Wenn die akuten infektiösen Erscheinungen nachzulassen beginnen, steigt gewöhnlich der Gehalt des Blutes an Opsoninen für das betreffende Bakterium über die Norm, d. h. der Index geht in die positive Phase über und von hier auf die Norm, wenn bald die Rekonvaleszenz folgt. Rezidive, Reinfektionen und sekundäre Lokalisationen sind mit Fluktuationen im Index verbunden, dessen negative und positive Phasen mit Zu- und Abnahme in den allgemeinen klinischen Symptomen zu korrespondieren scheinen. Unter allen Umständen scheint die nachinfektiöse opsonische Zunahme von relativ kurzer Dauer zu sein. So weit als die Beobachtungen nun gehen, stimmen die opsonschen Erscheinungen am besten mit dem Gesichtspunkte überein, dafs Opsonine ebenso wie Agglutinine und andere Antikörper in hohem Grade die Eigenschaft der Spezifität besitzen und abnorme Schwankungen in dem für ein gegebenes Bakterium bestimmten opsonischen Index, verbunden mit einem infektiösen Prozefs, zur Erkennung geben, dafs das Bakterium infektiöse Eigenschaften ausübt. Es erscheint daher selbstverständlich, dafs abnorme Schwankungen in den spezifischen Opsoninen bei genauer Abwägung sowohl diagnostische wie prognostische Bedeutung haben. *Stern-München.*

Blutsverwandtschaft: ein Faktor der Immunität gegen Scharlach, von Jullian Walter Brandeis-New York. (*New York med. Journ.* 27. Juli 1907.) B. machte die Beobachtung, dafs auch in grofsen, auf engem Raum beisammenwohnenden Familien selten mehrere Scharlachfälle vorkommen, sondern es meist auf einen Fall beruhen bleibt. Er stellte daraufhin an 25 Familien seine Untersuchungen an: abgesehen von den Kindern, welche schon früher Scharlach hatten, waren im ganzen 39 in jeder dieser Familien der Scharlachansteckung ausgesetzt und es entstanden nur vier sekundäre Fälle, d. h. der Grad der Übertragbarkeit des Scharlachs unter Angehörigen derselben Familie beträgt nur 10%. Eine anderweitige Beobachtung zeigte, dafs Erwachsene, welche der gleichen Familie, wie die scharlachkranken Kinder zugehörten, den Scharlach nicht, hingegen zwei fremde, der Infektion ebenfalls ausgesetzte Personen denselben aquirierten. Auch aus der von anderen Ärzten erhaltenen Statistik (über insgesamt 103 Kinder, welche Scharlachinfektionen in ihrer Familie ausgesetzt waren) ergab sich für Brandeis die Tatsache, dafs sich hierbei nur etwa 11% sekundäre Fälle entwickelten. *Stern-München.*

Milch als Infektionsträger, von Charles Harrington-Boston. (*New York med. Journ.* 13. April 1907.) Aufser Typhus, Ruhr, Diphtherie und den unter dem Namen „Cholera infantum“ figurierenden Darmkrankheiten kommt Scharlach als eine Affektion in Betracht, welche durch Milch übertragen werden kann. Einige wenige solcher durch Milch verursachte Scharlachepidemien sind in Amerika zur Veröffent-

lichung gebracht worden; H. hält es aber für wahrscheinlich, dafs sie noch häufiger vorkommen. Die ausgedehnteste Epidemie dieser Art ist jene, welche im Januar dieses Jahres in Boston, Cambridge, Somerville und Everett ausbrach; in den ersten sieben Tagen kamen 63 und in den folgenden fünf Tagen nicht weniger als 485 Fälle vor. Die Gesamtzahl der während der ersten drei Wochen dieses Jahres in den vier genannten Städten vorgekommenen Fälle betrug 717. Der plötzliche Ausbruch der Epidemie liefs auf eine gemeinsame Ursache schliefsen und es zeigte sich, dafs 84 % aller Fälle Familien betraf, die ihre Milch von ein und demselben Lieferanten bezogen. Genauere Nachforschung lehrte, dafs durch eine Person, welche die Milch vor der Lieferung „versuchte", die Weiterübertragung stattgefunden haben mufs. H. fügt bei, dafs der Schaden, welcher durch derartig leichtsinnig infizierte Milch gestiftet wird, noch gering ist im Vergleich zu jenem, welchen jeden Sommer die verunreinigte Milch an der Kinderwelt (Cholera infantum) anrichtet. *Stern-München.*

Ein Fall von Scharlach mit Komplikationen, von H. B. Roberts-Highland Park. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 3.) Bei einem 15jährigen Mädchen traten im Laufe der Scharlacherkrankung multiple nicht eitrige Arthritis, Taubheit und Amblyopie auf. *Schourp-Danzig.*

Das Scharlachherz (Myocarditis scarlatinosa), von Dionys Pospischill-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 37.) In einer langen Arbeit entwickelt Verfasser seine Beobachtungen über Herzerkrankungen beim Scharlach. Das Herz scharlachkranker Kinder erkrankt oft in charakteristischer Weise. Es tritt Spaltung des ersten Tones und ein Reibegeräusch wie bei Perikarditis auf. Die Erkrankung ist als myokarditische aufzufassen. Dieser Befund ist vorwiegend ein initialer. Er ist diagnostisch verwertbar und ermöglicht die Erkennung rudimentärer Scharlachfälle. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Phenol monochloratum gegen Scharlach, von Langfeldt-Zell a. Harmersbach, Baden. (*Med. Klinik.* 1907. Nr. 20.) Verfasser will in drei Fällen von Scharlach mit Abreibungen mit Lösung von

Phenol. monochloratum	4,0
Spiritus	250,0
Aether sulf. ad	300,0

alle drei Stunden zur Anwendung gebracht, aufserordentlich günstige Erfolge erreicht haben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die städtische Überwachung der Masern, von John Zahorsky-St. Louis. (*St. Louis courier.* Juni 1907.) Eine grofse Schwierigkeit in der Kontrolle der Masern liegt darin, dafs sie während der ersten zwei oder drei Tage des Invasionsstadiums, wo sie sehr ansteckend sind, nicht erkannt werden, eine weitere in unserer mangelhaften Kenntnis von ihrer Übertragungsart. Ob die feinen Hautschuppen ansteckend sind, ist noch nicht festgestellt, durch direkte Berührung scheint die Übertragungsgefahr eine erhöhte zu sein. Immerhin, glaubt Z., ist bei Übertragung durch eine dritte Person die Gefahr eine so geringe, dafs sie bei den prophylaktischen Mafsnahmen nicht in Betracht zu kommen braucht. Jeder Fall von Masern sollte natürlich angezeigt und an den betreffenden Häusern ein in der Farbe von den Scharlach- und Diphtherieplakaten verschiedenes angebracht, die Absperrung aber in keineswegs vexatorischer Weise gehandhabt werden, da wahrscheinlich niemand, der in und aus dem Hause kommt, das Gift weiterträgt. Nachdem Kinder unter fünf Jahren selten von Masern befallen werden, so sollten hauptsächlich mit dem Schulbesuche die Vorbeugungsmafsregeln beginnen und in ärztlichen Berichten über die Vorgeschichte der einzelnen Kinder u. a. m. bestehen. Das gegenwärtige System, welches alle Kinder einer Familie, wo Masern vorkommen, hält Z. für fehlerhaft,

da es zu Irreführungen von seiten der Eltern und auch dazu führt, daſs die Ärzte möglichst wenig geholt werden. So sehr diese Methode bei Fällen von Diphtherie, Scharlach oder Blattern angezeigt ist, bei Masern erklärt sie Verfasser für nutzlos, unwissenschaftlich und sogar ungerecht. *Stern-München.*

Über die Anwesenheit eines hämophilen Bacillus im Blut Masernkranker, von C. Giarrè und Carlini-Florenz. (*Arch. f. Kinderheilk.* 46. Bd., III.—IV. Heft.) Bei 24 Masernkranken wurden in allen Stadien der Krankheit und auch im Inkubationsstadium Blutuntersuchungen gemacht. Es gelang in 21 von diesen Fällen einen spezifischen Bacillus im Blut nachzuweisen, welcher die Eigentümlichkeit hat, sich nach Gram nicht zu färben, und der dem von Pfeiffer beschriebenen sehr ähnlich ist. Der stets identische Mikroorganismus ist von verschiedener Länge und zeigt häufig zwei abgerundete Enden, die sich so intensiv färben, daſs er das Aussehen eines Doppelbazillus annimmt. In zwei Fällen, in denen die Blutuntersuchung gemacht wurde, als das Exanthem abzublassen begann, fanden die Verfasser richtige Gruppierungen von kurzen bazillären und diplobazillären Formen.

Der im Blut beobachtete Bacillus zeigte sich entwicklungsfähig in hämoglobinisierten Bouillon- und Agarkulturen; doch war das Wachstum spärlich. Immerhin gelang es, den Bacillus von der Hämoglobinbouillon in Blutagar zu überimpfen und ihn dort bis zur zweiten oder dritten Generation am Leben zu erhalten.

Von sieben der untersuchten Masernfälle machten die Verfasser auch Präparate und Kulturen von dem Sekret der Conjunktiven. In diesen wurde ein Bacillus gewonnen, der dem in dem Blut beobachteten glich, so daſs die Verfasser die Identität beider behaupten. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Narbenlose Operationen zur Verbesserung miſsgestalteter Nasen, von Fritz Koch-Berlin. (Ad. Hauſsmann, Berlin SW.) Bei gewebsgesunden Nasen handelt es sich entweder um Deformitäten des knöchernen Nasengerüstes: die Höckernase, die zu breite Nase, die (an der Basis) schiefe Nase, oder um Deformitäten des knorpeligen Nasengerüstes: die Deformitäten der Nasenspitze, die Luxatio septi, die schiefe Nase, einschlieſslich der Deviatio septi.

Alle Operationen werden vom Innern der Nase aus ohne jede äuſserlich wahrnehmbare Narbe gemacht. Das Naseninnere wird durch Cocainbäusche, Haut und Knochen durch Einspritzung von Cocain-Adrenalin absolut anästhetisch und ischämisch gemacht. Das zu verwendende chemisch reine Paraffin vom Schmelzpunkt über 60° C. wird entweder flüssig eingespritzt oder als zurechtgeschnittene Prothese vom Innern der Nase aus eingesetzt. *A. Schucht-Danzig.*

Die Hauptkliniken und Hospitäler für Dermatologie im westlichen Europa im Sommer 1907, von Metscherski und Bogrow. (*Med. Obosrenje.* 1907. Nr. 15.) Beschreibung der dermatologischen Kliniken in Wien, Innsbruck, Zürich, Bern, Paris, Berlin, Breslau, Kopenhagen, Christiania und Stockholm. *Arthur Jordan-Moskau.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 45. | №. 12. | 15. Dezember 1907.

Aus der dermosyphilographischen Klinik zu Bologna,
geleitet von Prof. Majocchi.

Über eine warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen.

Von

Dr. P. L. Bosellini,
Assistent und Privatdozent.

Mit fünf Abbildungen im Text.

Ich komme nun zum dritten Mal auf diese Dermatose zurück, weil mir ein neuer und äufserst hübscher Fall, der vierte dieser Serie, erlaubt hat, das Krankheitsbild der Dermatose noch besser zu zeichnen. Dasselbe behält auch hier seine symptomatologischen Grundlinien, die ich in den früheren Arbeiten angegeben habe.

Dieses Krankheitsbild erscheint in diesem Falle um so klarer, als wir darin gleichzeitig die verschiedenen Entwicklungsphasen der Affektion angetroffen haben, die nach und nach die verschiedenen Körperstellen befallen hatten. Die beigegebenen Photographien zeigen uns die Dermatose in diesen ihren mehrfachen Stadien.

In ätiologischer Beziehung jedoch bleibt auch dieser Fall noch dunkel, so dafs man ihn nur als einen neuen anatomisch klinischen Beitrag betrachten kann, der uns veranlafst, die Bezeichnung der Dermatose etwas abzuändern. Während ich sie nämlich in meinen früheren Arbeiten

1. eine chronische umschriebene warzenartige Dermatitis der Hände,
2. eine chronische warzenartige Dermatitis der Hände

betitelte, sehe ich mich heute veranlafst, einfach zu sagen: über eine chronische warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen, weil in dem vorliegenden Falle aufser den Händen auch das Gesicht und der Hals befallen waren. Der Fall ist folgender:

M. G., 47 Jahre alt, von Borgo Tossignano (Bologna), verheiratet, mit Kindern, Taglöhner. Von kräftiger Konstitution, anamnestisch und hereditär nicht bemerkenswertes. Der Patient behauptet, dafs die Dermatose vor 18 Jahren an den Händen, auf dem Vorderarme und am

Boselli, *Über eine warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen.*

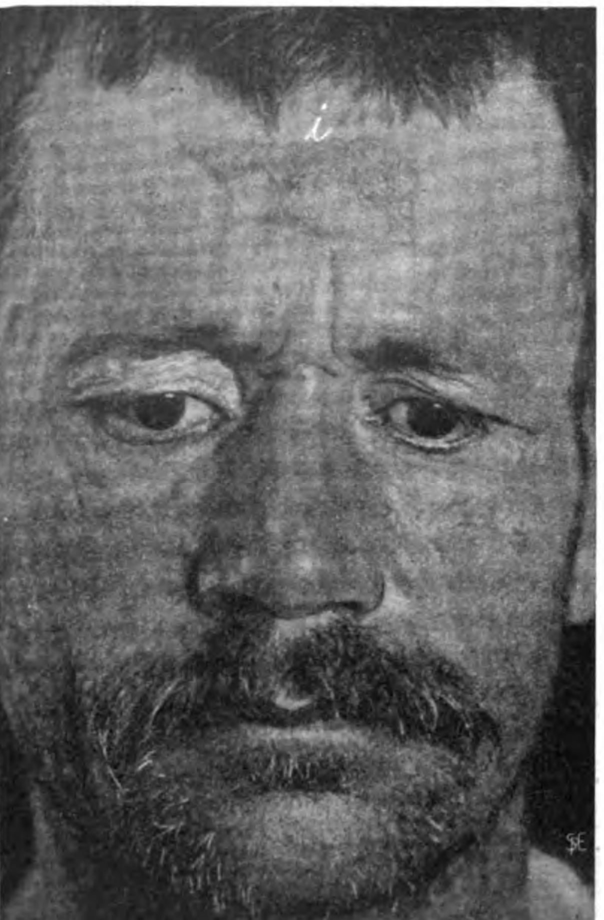


Fig. 1.

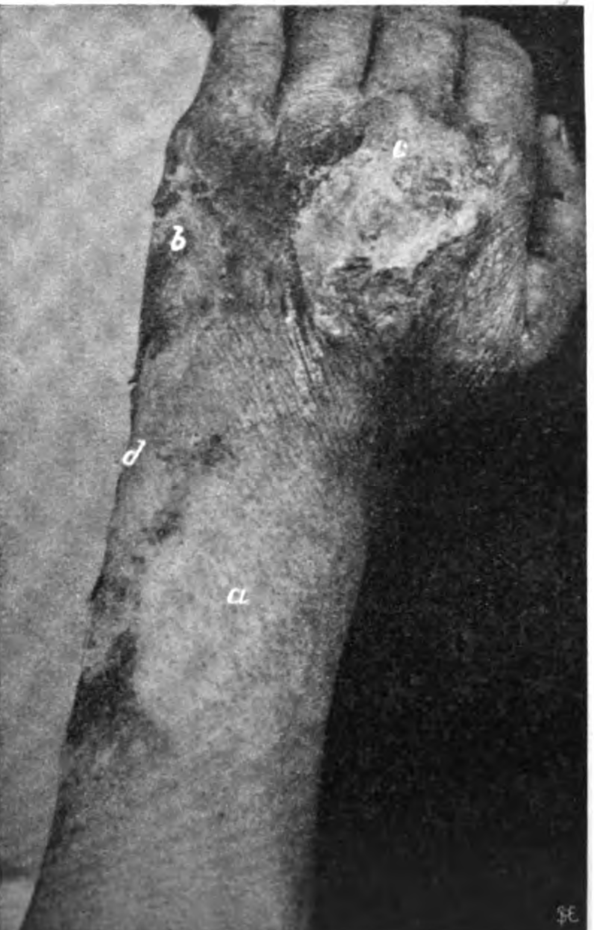


Fig. 2.

Halse angefangen hatte; sie dauerte aber nur drei Monate und hinterliefs deutlich sichtbare Narben am unteren Drittel des linken Vorderarmes (Fig. 2, a) und am rechten Vorderarm (Fig. 4, a) unter der Gestalt von wohl umschriebenen, weifslichen Feldern.

Die gegenwärtig sichtbaren Veränderungen bestehen seit wenigen Monaten und sollen, nach den Angaben des Patienten, durch eine Verwundung des rechten Handrückens hervorgerufen worden sein. Von da aus soll sich die Dermatose nach und nach auf andere Körperregionen ausgedehnt haben.

Status. Die Dermatose lokalisiert sich auf die oberen Extremitäten und den Kopf.

Obere Extremitäten. Die linke Hand (Fig. 2, a) ist auf dem Rücken bis zu den Fingerwurzeln befallen; nach den Seiten hin bilden die Kanten die Grenze der Dermatose. Dagegen dehnt sich diese weiter aus gegen den Vorderarm hin. Auf dem Handrücken besteht sie hauptsächlich aus einer diffusen Schwellung mit Rötung der ganzen befallenen Partie. Auf der Höhe des letzten Metarkapalknochens (Fig. 2, a, b) und am Ulnarrande der Hand sammeln sich Krusten und verhornte Massen an, die sich leicht entfernen lassen und unter welchen die Haut gerötet, glatt und etwas aufgetrieben erscheint.

Über dem zweiten, dritten und vierten Metakarpalknochen, sieht die Dermatose etwas anders aus; mitten in einer Zone abgelöster Epidermis erscheint hier nämlich eine ovale Zone von blafsroter Farbe, von warzenartiger Oberfläche und stellenweise eitrig. In der Peiepherie dieses Feldes ist die warzenartige Oberfläche durch eine Schicht Epidermis maskiert, die sich bereits abzulösen beginnt und offenbar bereits von der Unterlage getrennt ist.

Auf dem Vorderarme zeigt die Dermatose auf dem Ulnarrande (Fig. 2, a, d) dieselben Merkmale wie längst dem Ulnarrande der Hand auf der entsprechenden Seite, auf den übrigen drei Vierteln der Streckseite konstatiert man auf dem Vorderarme eine weifse, ovale Zone von narbenartigem Aussehen (Fig. 2, a, d) mit netzartiger Oberfläche, welche der Anamnese gemäfs die Überreste der vor 18 Jahren vorausgegangenen krankhaften Erscheinungen bildet. An den Rändern dieser unveränderten Narbe hört die Dermatose plötzlich auf.

Auf der Palmarfläche ist die linke Hand vollständig unversehrt; dagegen weist der Vorderarm (Fig. 3, a) sehr mannigfaltige und interessante Veränderungen auf. An der Radiokarpalgrenze, bis da, wo die Dermatose reicht, konstatiert man eine phlyktenuläre Epidermisablösung; gleich daneben findet sich eine rote Erhabenheit (Fig. 3, a, e), aussehend wie ein noduläres Infiltrat; an den oberen Partien des Vorderarmes bedeckt sich dieses letztere mit verhornten Massen (Fig. 3, a, c) wodurch es ein warzenartiges

BOSELLINI, *Über eine warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen.*



Fig. 3.



Fig. 4.

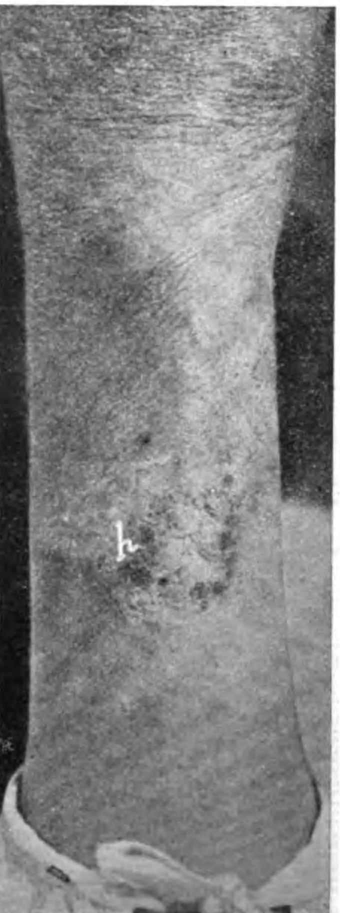


Fig. 5.

Aussehen erhält. In dieser Zone erscheinen stellenweise kleine, eitersezernierende, kraterartige Öffnungen. Gegen den Kubitalrand zu scheint die Dermatose zu erlöschen, während sie gegen den Radialrand zu vorrückt und dort mit jener Zone, mit rundlichem erhabenem Rande, zusammenstöfst (Fig. 3, a, f), dem ein subepidermales Phlykten entspricht, welches auf einer infiltrierten, weichen, sich in einem Zustande von akuter Entzündung befindlichen Cutis ruht.

Die rechte Hand zeigt (Fig. 4, d) an der Grenze der Palmarfläche phlyktenuläre Ablösungen der Epidermis, die zum Teil ganz trocken, zum Teil eine rötliche glatte, ebenfalls trockene Fläche lose überzieht, welche derjenigen zu vergleichen ist, die wir am Kubitalrand der linken Hand beschrieben haben (Fig. 2. d).

Am Daumen ist die Läsion von einer Zone frisch abgelöster phlyktenulöser Epidermis umgeben (Fig. 4, f); dieselbe ruht auf einer infiltrierten entzündeten Cutisfläche, deren Beschaffenheit mit der am linken Vorderarme beschriebenen übereinstimmt. Gleich darauf folgt ein warzenartiger Zustand (Fig. 4, a, c) ganz analog dem in Fig. 2, c und Fig. 3, a, c abgebildeten.

Auf der Beugefläche des rechten Vorderarmes sieht man eine pigmentlose Fläche (Fig. 4, a) von narbenartigem Aussehen mit einer retikulierten Oberfläche; diese Fläche ist zwar nicht ganz identisch, aber doch ähnlich jener ovalen Zone auf der Dorsalfläche des linken Oberarmes (Fig. 2, d, a) die als ein Überbleibseln, der vorausgegangenen Dermatose aufzufassen ist.

Auf der Beugeseite des rechten Vorderarmes gegen das mittlere Drittel zu findet sich ein höckeriges Infiltrat auf dem man noch Überreste einer phlyktenulären Ablösung der Epidermis konstatiert.

Kopf. Die Dermatose nimmt hier die Stirn, das Gesicht und die Nackengegend ein. Das warzenartige Aussehen dieser Teile, besonders auf der Stirn (Fig. 1, a) ist geradezu typisch, weil es dort in seiner ganzen Reinheit besteht, ohne Beimischung entzündlicher Erscheinungen, die intensiv genug wären, dasselbe zu verdecken. Auf der mittleren Stirnpartie findet sich aufserdem eine erhabene Plaque mit unregelmäfsigen Umrissen und mit einer warzenartigen, rötlichgelben Oberfläche von harter, hornartiger Konsistenz.

Verlauf der Krankheit. Während des Aufenthaltes des Patienten im Spital (zwei Monate) konnten wir den Prozefs gut verfolgen, da wir ihn sowohl an einzelnen Stellen auftreten als an anderen erlöschen sahen, und zwar durch alle jene Entwickelungsveränderungen hindurch bis zu den Stadien, die wir beim Patienten gleichzeitig beobachten konnten und die wir in den fünf, am Eintrittstage aufgenommenen Photographien dargestellt finden. Auch wohnten wir der vollständigen Resolution des Prozesses bei, die wir ziemlich leicht mit ganz einfachen antiseptischen, adstringierenden und ableitenden Mitteln erreichten. Was vom Prozesse

übrig blieb, waren entweder einfach gerötete, glatte, trockene Flächen oder aber oberflächliche, retikulierte, rote Narben.

Histologische Untersuchung der Hauterscheinungen. Zu diesem Behufe wurde ein gröſseres Hautstück aus dem linken Vorderarme excidiert (Fig. 3, a punktiertes Rechteck) in der Nähe des Radialrandes. In demselben sind die verschiedenen Stadien der Affektion vom Anfange bis zum Erlöschen inbegriffen. Die technischen Methoden waren die gewöhnlichen, weshalb ich auf eine nähere Beschreibung verzichte. Die Resultate sind folgende:

Am Ausgangspunkte der Dermatose, wo diese gegen die gesunden Partien vorschreitet, konstatiert man einen akuten entzündlichen Prozeſs (Fig. 3, a, f), mit Sitz im papillären und subpapillären Derma. Derselbe kennzeichnet sich durch einen Austritt von Serum und Leukocyten, welche die Cutis in beträchtlichem Masse infiltrieren, so daſs die letztere ödematös erscheint. Entsprechend dieser Infiltration kommt es zu einer subepidermalen Ablösung in Gestalt von Phlyktenen, in welchen man spärliche Leukocyten findet.

In der nächstfolgenden Zone sind die Phlyktene bereits ausgetrocknet, so daſs sie zuweilen nur noch eine einfache, anhaftende oder bereits losgelöste Epidermislamelle darstellen. In dieser Zone bemerkt man eine beträchtliche Epithelproliferation unter der Gestalt von lebhaft wuchernden Bezirken der Schleimschicht (verrukoide Zone); in ihren zentralen Abschnitten verwandeln sich die so gewucherten Partien in Körner- und Hornzellen. Auf diese Weise kommt es zur Bildung von cystenartigen Gebilden mit hornigem Inhalte, die konfluieren und wie ein kanalreiches Netz in den oberflächlichen Schichten der Cutis erscheinen. Diese Epidermis behält somit stets ihre normale anatomische Beschaffenheit bei. Die Cutis ihrerseits bleibt einem entzündlichen Prozesse ausgesetzt, der aber von nicht sehr ausgesprochener Intensität ist, indem die Plasmazellen und jene anderen für die subakuten und chronischen entzündlichen Prozesse charakteristischen Elemente, nämlich die epithelioiden und mehrkernigen Leukocyten (kleine Riesenzellen), vor den Leukocyten vorherrschen. An einzelnen Stellen wiederholt sich in der Umgebung und unterhalb dieser epithelialen Proliferation die Serumansammlung, wahrscheinlich infolge eines frischen Aufloderns des Prozesses. An anderen Stellen dagegen haften diese Epithelproliferationen an der Cutis fest, was man da am besten sieht, wo der entzündliche Prozeſs bereits in der Abnahme begriffen ist. Da und dort endlich erscheinen eitrige Herde, besonders in der Umgebung der Epithelzapfen und der Cysten; diese Herde bilden da, wo sie nach allen Seiten geschlossen bleiben, eigentliche Abszesse; wo sie sich aber nach einer Richtung hin öffnen, bilden sie jene kraterförmigen Geschwüre, welche ein eitriges Sekret

liefern, dem Detritusmassen aus dem Cutis- und Epithelgewebe beigemischt sind; diese kleinen Geschwüre sehen sehr denen ähnlich, die man bei den anthrakoiden Follikeleiterungen antrifft.

Vergleichen wir nun die klinischen Tatsachen mit den Ergebnissen der histologischen Untersuchung, so konstatieren wir eine grofse Übereinstimmung in folgenden Punkten:

1. Den Ausgangspunkt und das erste Stadium der Dermatose bildet eine subepidermale Blase, die ihre Entstehung einem entzündlichen Prozesse in der papillären und subpapillären Cutis verdankt (Fig. 3, a, f, Fig. 4, a, f)

2. Auf das phlyktenulöse folgt das zweite Stadium der epidermalen Proliferation, darin bestehend, dafs sich Abschnitte der Rete Malpighii in die Cutis einsenken, so dafs die befallene Partie ein warzenartiges Aussehen erhält (Fig. 1, a, i; Fig. 2, a, c; Fig. 3, a, c; Fig. 4, a, c).

3. In dieser Periode angelangt, kann die Dermatose verschiedene Entwickelungsrichtungen annehmen:

a) entweder nimmt die Entzündung rasch an Intensität ab; die exsudativen Erscheinungen werden spärlicher, die bereits bestehenden können resorbiert werden; dann trocknen die epidermalen (keratosischen) Bildungen ab, werden eliminiert, so dafs nur noch eine rote, trockene, glatte Fläche zurückbleibt, die nach einer gewissen Zeit ein vollständig normales Aussehen annimmt (Fig. 2, a, b);

b) oder aber die primären entzündlichen Symptome nehmen zwar ab, da aber tiefere epidermale Bildungen entstanden sind, verursachen dieselben in der ganzen Nachbarschaft, nach Art eines Fremdkörpers, eine mehr oder weniger ausgesprochene granulomatöse Reaktion (Fig. 3, a, e; Fig. 5, a, h) die in einer Elimination dieser Gebilde ihren Abschlufs finden;

c) die Elimination geschieht entweder durch langsame Zerstörung der Epidermisprodukte und nachfolgende Resorption der knotenförmigen Infiltrate, oder in stürmischerer Weise (vielleicht durch Hinzutreten von pyogenen Mikroorganismen) durch Eiterungen, die erst dann ein Ende nehmen, wenn die Elimination dieser Produkte abgeschlossen ist;

d) die reaktiven nodulären, besonders aber die eitrigen Prozesse lassen unzerstörbare Narben zurück (Fig. 2, a, a; Fig. 4, a, a).

Der Entwicklungszyklus der Dermatose ist somit ein wohl abgegrenzter und die verschiedenen Etappen folgen einander vom Anfange bis zum Abschlusse. Dieser Zyklus umfafst Variationen im Verlaufe und in der Symptotomatologie, welche der Dermatose eine gewisse Polymorphie verleihen. Diese Variationen sind auch als eigentliche Symptome des Krankheitsbildes und nicht als blofse zufällige Erscheinungen im Verlaufe der Dermatose zu betrachten. Wenn nun die letztere stellenweise einfacher

erscheint und rascher verläuft, während sie an anderen Punkten komplizierter auftritt und langsamer verläuft, wenn also im ersteren Fall eine restitutio ad integrum der befallenen Partien möglich ist, während im letzteren eine Narbe entsteht, so handelt es sich trotz alledem immer um eine und dieselbe Dermatose, welcher in klinischer Beziehung eine entzündliche unter der Epidermis entstandene Blasenbildung zugrunde liegt, welche notwendigerweise zu einer Epithelproliferation führt, die der Läsion das warzenartige Aussehen verleiht.

Von diesem Momente an ist der Verlauf ein verschiedener, wobei allgemeine physiopathologische Gesetze in Wirkung treten.

Der vorliegende Fall gibt uns also neuen Aufschluſs über diese Krankheitsform, während die früheren Fälle, wahrscheinlich weil sie nur umschrieben waren und sich bereits in einem vorgerückten Stadium der Affektion befanden, uns nur einen Einblick in gewisse Stadien der Krankheit erlaubten, die zur Abgrenzung eines vollständigen Krankheitsbildes nicht genügten.

Bakteriologische Untersuchung. Diese ergab ein vollständig negatives Resultat, sowohl bei der direkten Untersuchung der Gewebe als in den Kulturen.

Gegenüber dem oben beschriebenen vollständigen klinisch-anatomischen Bilde der Dermatose möchte ich noch anläſslich der früher beschriebenen Fälle auf gewisse klinisch unvollständige Varietäten hinweisen, damit derjenige der auf unsere Dermatose stoſsen sollte, sich auch orientieren könne, wenn er sich nur isolierten Entwicklungsphasen derselben gegenüber sieht.

Geht man diese Tafel durch, so fällt sogleich die groſse Analogie unter den verschiedenen Fällen auf; diese Analogie gründet sich auf ein fixes anatomisches und klinisches Syndrom. Über Geschlecht und Alter der Patienten habe ich nichts besonderes zu bemerken. Gelegenheitsursachen fehlen durchwegs. Dagegen waren alle Traumen ausgesetzt gewesen.

Der Verlauf der Dermatose war ein langsamer; nach einigen Monaten neigte er zur spontanen Heilung, die entweder mit restitutio ad integrum oder unter Bildung einer Narbe eintrat.

Es waren ausschlieſslich die unbedeckten Körperstellen befallen, Hände, Gesicht, Hals und von den Händen nur die Dorsalfläche, während auf der Volarfläche die Dermatose durchweg zum Stillstand kam.

Initialstadium. In den ersten zwei Fällen waren die Anfänge unbekannt; da nämlich die Affektion umschrieben war, hatte sie im Beginne die Aufmerksamkeit der Patienten nicht so zu fesseln vermocht, daſs sie sich noch nach einigen Monaten genau hatten daran erinnern können. In den anderen Fällen lieſs sich erkennen, daſs eine akute phlyktenuläre Dermatitis das erste Stadium der Dermatose bildete; im

dritten Falle zeigte sich ein rascher Schub gleichzeitig auf beiden Händen; im vierten war dieses Inizialstadium teilweise gleichzeitig, teilweise sukzessiv.

Das verschiedene Aussehen in diesem Initialstadium scheint mir aber nur von untergeordneter Bedeutung zu sein. Natürlich würde sich eine Diagnose nicht stellen lassen, so lange sich die Dermatose unter einem solchen Bilde zeigt, was auch beim dritten Falle richtig eintrat.

Warzenartiges Stadium. Dasselbe bildet das charakteristische Bild der Dermatose, da es der letzteren eine so bestimmte Physiognomie verleiht, daſs man für sie die Bezeichnung Dermatitis verrucoides wählen darf.

In unseren vier Fällen zeigt sich nämlich die Dermatose wirklich unter dem Bilde von Plaques verschiedener Ausdehnung und mit unregelmäſsigen Konturen; an der Peripherie haben diese Plaques einen kongestiven Hof mit phlyktenulöser Ablösung der Epidermis, die jedoch fehlt, wenn die erste Phase akut verlief, oder wenn diese erste Phase bereits vorüber ist. Die Plaques haben eine unregelmäſsige Oberfläche, deren Aussehen von einem Falle zum anderen verschieden ist; stets aber ist sie höckerig, warzenartig, mit knotenförmigen Erhabenheiten von roter Farbe, etwas höher als Lupusknötchen. Die Unregelmäſsigkeit der Oberfläche kann auch durch hornartige Bildungen bedingt sein, die den Keratomen oder Xantelasmen ähnlich sind.

Zwischen diesen Erhabenheiten erscheinen kleine kraterförmige Geschwürchen, welche ein eitriges Sekret liefern.

Resolutionsperiode. Hier ist es in den Plaques zu zentralen oder peripheren Auflösungen gekommen, so daſs die verschiedensten Figurationen entstehen, circiniert, geschlängelt, so daſs sie an Syphilome, oder zentrifugale oder serpiginöse Lupusknoten erinnern. An den Stellen, wo der Prozeſs erloschen, zeigen sich meist retikuläre Narben.

In diesen beiden letzteren Perioden, die öfters associert vorkommen, zeigt somit die Dermatose immer ganz bestimmte charakteristische Merkmale. Je nach den Fällen herrscht das eine oder das andere dieser verschiedenen Elemente vor; zuweilen kommen diese auch isoliert vor; wie in unserem vierten Falle (Stirn), wo nur die warzenartige Form zu erkennen war; dem Dermatologen wird es aber nicht schwer fallen, die Sachlage richtig aufzufassen.

Der anatomische Befund ist ebenso klar und bestimmt. Auf Seite der Epidermis hat man einerseits ein enormes Wachstum der Zapfen im Rete Malpighii, die sich in das darunterliegende Derma einsenken, oder man konstatiert eine Proliferation der keratogenen Zone (Hyperkeratose, Parakeratose); was aber die Dermatose vom anatomischen Gesichtspunkte aus am meisten charakterisiert, ist die Bildung von cystenartigen Gebilden

in der Schleimschicht, Gebilde, welche mit Hornmassen angefüllt sind, meist konfluieren, so daſs sie eigentliche Kanäle formieren, die sich im subpapillaren Abschnitte der Cutis verlaufen, ein Netz bilden und stets mit den Haarfollikeln und also mit der Auſsenwelt kommunizieren. Die Knäueldrüsengänge beteiligen sich nirgends am Prozesse; dies stimmt denn auch mit dem Sitze der Dermatose überein, welche sich stets scharf an der Palmarlinie abgrenzt.

Diese Cysten- oder Kanalbildungen bestehen nach auſsen aus normalem Schleimschichtgewebe, nach innen aus Körner- und Hornschicht, weshalb diese Cysten auch mit normaler Hornschicht angefüllt sind. Diese Gebilde erscheinen somit als Derivate einer Invagination der Epidermis mit allen ihren Schichten.

Die Cutis ist in ihren obersten Abschnitten betroffen, d. h. in der papillären und subpapillären Zone; man trifft darin zwei Typen von entzündlicher Reaktion: eine akute und eine subakute oder chronische, die beide in mannigfaltiger Weise vermischt vorliegen. Die akute kennzeichnet sich durch das Vorhandensein von Infiltrationsherden von polynukleären Leukocyten, die zweite durch Infiltrationen von Plasmazellen, Epithelien und selbst Riesenzellen.

Die Ursachen dieser verschiedenen entzündlichen Reaktionen erscheinen ziemlich klar. Während zwar in den ersten zwei Fällen der Nachweis des Inizialstadiums fehlte, so lieſs sich im dritten und vierten unzweifelhaft ein solches feststellen. Andererseits muſs aber zugegeben werden, daſs dieser Prozeſs die Merkmale einer einfachen Entzündung an sich trägt, ohne Erscheinungen von Suppuration; diese Entzündung der Cutis geht mit einer spärlichen kleinzelligen Infiltration und einer serösen Exsudation einher, die sich in der Cutis und Epidermis anhäuft und zur Bildung einer subepidermalen phlyktenulären Höhle führt.

Auf diese folgt eine epitheliale Proliferation, während der entzündliche Prozeſs mit mehr oder weniger Intensität fortbesteht. Von diesem Augenblicke an kommt es zur Ausbildung einer eitrigen entzündlichen Reaktion mit wirklichen kleinen Abszessen in der Umgebung der Follikel und Cysten oder zu einer granulomatösen Reaktion. Die Abszesse eröffnen sich nach auſsen, wobei sich ulceröse Krateröffnungen bilden. Diese beiden Arten von entzündlichen Reaktionen, die sich erst in zweiter Linie anschlieſsen, bilden die anatomische Basis der Hautkrankheit in ihrem Zustande der vollen Entwickelung, d. h. also in der Periode der warzenartigen Exkreszenzen.

Wo die letzteren fehlen, fehlen auch die genannten Reaktionserscheinungen und die Cutis kehrt zu ihrem normalen Zustande zurück.

Ich wiederhole hier, was ich bereits bei der Veröffentlichung des dritten Falles gesagt, nämlich, daſs unsere Dermatose vom anatomischen

Standpunkte aus durch die beschriebenen epithelialen Produkte charakterisiert ist. Dabei wollen wir aber, da wir sie nun einmal mit Sicherheit konstatiert haben, die initiale phlyktenuläre Läsion nicht aufser Acht lassen, da man sie von nun an als das primum movens der Dermatose betrachten mufs. Obwohl wenig in die Erscheinung tretend und öfters von ganz vorübergehender Art, hat sie volle Berechtigung zur Aufnahme ins klinisch-anatomische Krankheitsbild, wie dies die Blase für den Pemphigus vegetans hat. Wie bei diesem letzteren die bläschenförmige Epidermisabhebung der Proliferation in der Cutis vorangeht, so tritt bei der von uns beschriebenen Dermitis die besondere epitheliale Proliferation in den Vordergrund. Welchem Umstande kann wohl diese Proliferation zugeschrieben werden? Das ursächliche Agens der Dermitis kennen wir nicht und deshalb können wir auch nicht sagen, ob es derartige pathogene Wirksamkeit besitze, dafs es jene besondere proliferative Tätigkeit der Epidermis hervorzurufen vermag.

Wir haben nur ein einziges konstantes anatomisches Vorkommnis unter den Augen, nämlich der subepidermale Sitz des Bläschens.

Kann diese Tatsache allein die abnorme Epidermisproliferation erklären? Wir können dies weder bejahend noch verneinend beantworten. Gewifs mufs eine anatomische Läsion dieser Hautregion eine Gleichgewichtsstörung in jenen statischen Kräften verursachen, welche die Epidermis und Cutis, d. h. den Papillarkörper und das Rete Malpighii, in den richtigen Proliferationsgrenzen erhalten.

Die Bildung einer Höhle auf der Grenzlinie zwischen diesen beiden Abschnitten der Haut läfst voraussetzen, dafs besonders in der Epidermis (wo bereits unter normalen Bedingungen in der Basalschicht eine beträchtliche proliferierende Tätigkeit herrscht, indem dort die Vermehrung der Retezellen stattfindet) jene Momente zum Ausfall kommen, welche sie in normalen Grenzen erhalten, wodurch eine Invasion der darunter gelegenen Hautabschnitte stattfindet.

Auch diese anatomische Tatsache hat Analogien in der Hautpathologie. Ich meine nämlich die Bildung sekundärer Milia, wie man sie bei verschiedenen Dermatosen antrifft. Ich verweise bei dieser Gelegenheit auf eine Arbeit, die ich vor zwei Jahren veröffentlicht habe und welche sich auf die Epidermolysis bullosa hereditaria bezieht. In zwei Fällen dieser Affektion konstatierte ich ganz beträchtliche Miliumbildungen, und um dieselbe herum eine relative granulomatöse Reaktion. Die Milia spielten hierbei die Rolle von Fremdkörpern. Auch hier fand ich einen subepidermalen Sitz der Blasen und Plyktene und schrieb die konstante Bildung der Milia und Epidermiscysten dem Sitze der Blase zu. Durch Analogie nahm ich ferner an, dafs man bei allen jenen Dermatosen sekundäre Milia antreffen könne, bei denen jene Ablösung der Epidermis von der Cutis stattfindet.

Diese anatomische Analogie erklärt bis zu einem gewissen Punkte auch die epidermalen Bildungen bei unserer Dermatose. Soweit geht aber die Analogie nicht, dafs man die Affektion als eine vulgäre Reaktion betrachten kann, die sich auf eine einfache anatomische Tatsache, wie dies das sekundäre Milium ist, gründet.

Die beiden letzten Fälle, und besonders der vierte, zeigen uns in ganz klarer Weise, wie sich bei unserer Dermatose die Züge einer wahren und selbständigen Affektion erkennen lassen und zwar auf Grund fixer anatomischer und klinischer Symptome und eines bestimmten Entwicklungsverlaufes; wie bereits oben angedeutet, befällt die Affektion die unbedeckten Körperstellen, sie ist öfters bilateral und symmetrisch, verschont die Partien, wo keine Haarfollikel vorkommen, beginnt als ein subepidermales Phlykten oder Blase, mit Bildung von Cysten in der Schleimschicht, mit eitriger Reaktion oder Bildung von Granulomen und glatter oder retikulierter Narbe. Der Verlauf ist gutartig; Lpmphdrüseninfiltration und allgemeine Erscheinungen fehlen.

Die anatomische Analogie zeigt uns somit, über welche unendliche Mannigfaltigkeit des Ausdruckes die Natur mit spärlichen Elementen in der Art und Weise, wie sie dieselben kombinieren kann, verfügt. Unsere Dermatose hat einen phlytenulösen oder bullösen Charakter und entwickelt sich in der beschriebenen Weise. Wie man den Pemphigus vulgaris vom Pemphigus vegetans unterscheidet, so verdient sie auch, dafs ihr in der Nosologie eine bestimmte, selbständige Stellung angewiesen werde.

Gewifs bleibt die Natur der Krankheit in ihrem Wesen noch unklar, weil die Ätiologie uns keine Anhaltspunkte liefert; die bakteriologische Untersuchung hat auch kein positives Resultat geliefert, indem die mit dem Inhalt der initialen Blase beschickten Kulturen steril geblieben sind.

Welcher bekannten Hautkrankheit kann sie nun wohl an die Seite gestellt werden?

Als ich mir in meiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand dieselbe Frage gestellt hatte, gab ich eine kurze Übersicht der als vegetierende, papillomatöse oder papilläre, verruköse usw. Dermatiten beschriebenen Hautentzündungen. Dabei fand ich einen einzigen von Antony als Dermatitis verrucosa beschriebenen Fall, der mit den meinigen eine gewisse Analogie zeigte.

Von anderen Publikationen unter dieser Bezeichnung habe ich keine Kenntnis.

Zum Schlusse halte ich an der Bezeichnung Dermatitis verrucoides fest, auf Grund der Lokalisatien der Affektion in meiner ersten Arbeit und in Anbetracht der Sachlage in meinem letzten Falle füge ich das weitere Qualifikativum „der unbedeckten Körperstellen" bei.

Geschlecht	Alter	Beruf	Ursache	Datum des Beginnes	Erste Manifestation, Initialperiode oder Initialsymptom	Befallene Körperregion	Hautsyndrom der Periode voller Entwicklung	Anatomischer Befund	Periode des Erlöschens der Krankheit	Lymphdrüsenschwellung	Subjektive Symptome
F. L., w.	75	Bettler	?	Mehrere Monate	?	Rechter Handrücken	Plaques von versch. Größe, von roter Earbe, mit unregelmäßig. Umrissen u. höckeriger, warzenartig. Oberfläche; an einzelnen Stellen eitriges Sekret aus kraterförmigen Öffnungen. Die Erhabenheiten sind öfters gelblich und erinnern an verhornte Cystenbildungen	Keratose der Epidermis und Bildung von Cysten mit hornigem Inhalte, übergehend in die Haarfollikelmündungen. Granulomatöse und eitrige Reaktion der Cutis	Die Plaques zeigen eine Neigung, sich spontan aufzulösen infolge zentralen Erlöschens der Dermatose, die sich somit in zentrifugaler Richtung ausdehnt. Es bleibt meist eine retikuläre Narbe zurück	Keine	Schmerzhaftigkeit, besonders bei Bewegungen
D. L., m.	37	Schmied	?	6 Monate	?	Linker Handrücken	Vereinzelte rote Plaques mit unregelmäßigen Umrissen, höckeriger, warzenartig. Oberfläche, umgeben von einem hyperämischen Kongestionshofe von derb elastischer Konsistenz, der stellenweise Eitertropfen abgibt aus kleinen, kraterförmigen Öffnungen, wie beim Kerion	Akanthose, Keratose, Bildung v. kanalartigen Cysten m. epidermalem Inhalte, der mit Haarfollikeln und dem Rete Malpighii im Zusammenhange steht. Granulomatöse und stellenweise eitrige Reaktion der oberflächlichen Cutis	Neigung zum spontanen Erlöschen im Zentrum der Plaques mit Hinterlassung einer retikulierenden Narbe	Keine	Schmerzhaftigkeit bei Druck
E. L., m.	43	Gärtner	?	8 Tage	Akute phlyktenuläre Dermitis, begleitet von Schmerz, Anschwellung und Hitzegefühl der befallenen Partie	Hände- und Fingerrücken	Beinahe die ganze Dorsalfläche der Hände und Finger überdeckt mit höckerigen, isolierten oder zu retikulierten gelben, xanthelasmaartigen Plaques konfluierenden Erhabenheiten von cystischer Beschaffenheit. Stellenweise eitrige Sekretion	do.	Die Plaques erlöschen stellenweise, besonders in der Peripherie, und lassen eine glatte oder narbige Haut zurück	Keine	Schmerzhaft
M. G., m.	47	Landmann	Trauma ?	5 Monate	Akute phlyktenuläre Dermitis	Handrücken und unteres Drittel des Vorderarmes, Stirn, Wangen, obere hintere Partie des Halses	Unregelmäßig geformt. Plaques von verschiedener Ausdehnung; an der Peripherie der sich noch vergrößernden sieht man den entzündlichen, phlyktenulösen Saum. Die Oberfläche ist höckerig, warzenartig, stellenweise eitrig oder von knotenförmigem Aussehen	do.	Spontanes Erlöschen der Plaques auf der einen Seite und Fortschreiten auf der anderen	Keine	Schmerzhaft auf Druck

Bibliographie.

1. Über eine chronische, umschriebene warzenartige Dermatitis der Hände (Di una dermatite cronica verrucoide circoscritta delle mani). — *Giorn. italian. delle malattie veneree e della pelle.* 1905, Heft V.
2. Di una dermatite cronica verrucoide delle mani. — *Giorn. italian. delle malattie veneree e della pelle.* 1906, Heft III.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Zur Kenntnis der in den Knäueldrüsen vorkommenden Körnchen.

Von

JOHANNES FICK-Wien.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Bei Beurteilung der gelben Körnchen müssen zum Vergleich herangezogen werden: 1. die Angaben der Autoren über die von RABL als Sekretkörner aufgefafsten Granula; 2. gewisse Angaben bei KÖLLIKER und HEYNOLD; 3. die oben als auf melanotisches Pigment bezüglich gedeuteten Angaben mehrerer Autoren; 4. die Angaben von TSCHLENOFF und MARIE WERSILOFF; 5. die von TALKE in den grofsen Drüsen der Axilla beschriebenen Körnchen.

Die Granula, welche — nachdem sie schon von anderen Autoren beschrieben — (KÖLLIKER, RANVIER, JARISCH) von RABL vermutungsweise als Sekretkörner gedeutet werden, sind viel feiner als die gelben Körnchen, sind viel regelmäfsiger angeordnet, durch feine Fäden miteinander verbunden, besitzen keine Eigenfarbe, lassen sich leicht färben und verleihen den Drüsenzellen das granulierte Aussehen. Ich möchte ohne auf die allgemeine Frage einzugehen, ob man in Zellgranulis Funktionsträger oder Funktionsprodukte zu sehen habe, in den Sekretkörnern nichts anderes sehen als das Granoplasma der Drüsenzellen, welches in den Zellen der grofsen Knäueldrüsen und besonders an den gerade in der Sekretionstätigkeit begriffenen Zellindividuen deutlich hervortritt.

Bei KÖLLIKER und HEYNOLD finden sich Angaben, die es mir nicht unwahrscheinlich machen, dafs diese Autoren unter anderem auch die oben genauer beschriebenen gelben Körnchen gelegentlich beobachtet haben. Ein genauerer Vergleich hat aber wohl nur historisches Interesse, ich verweise daher kurz auf die eingangs gegebenen Zitate.

Von Bedeutung ist dagegen die Frage, ob die gelben Körnchen zum melanotischen Pigment in Beziehung stehen, eventuell einfach als melanotisches Pigment aufzufassen sind. Meiner Ansicht nach handelt es sich

um differente Substanzen. Das Verhältnis der Intensität der Eigenfarbe zur Gröfse der Körnchen ist bei den gelben Körnchen ein ganz anderes als beim melanotischen Pigment. Das kleinste, deutlich als solches wahrnehmbare Granulum melanotischen Pigments hat immer eine viel dunklere Eigenfarbe als die relativ sehr grofsen gelben Körnchen, und wenn gelegentlich Granula melanotischen Pigments zu Körpern von solchen Dimensionen, wie die gelben Körnchen sie haben, zusammentreten, so sind braunschwarz oder wenigstens dunkelbraun gefärbte Körper das Resultat. Die Eigenfarbe des melanotischen Pigments ist also eine viel dunklere als die der gelben Körnchen. In Parenthese sei nur, um einen eventuellen Einwand zu begegnen, erwähnt, dafs die Unterschiede in der Intensität der durch melanotisches Pigment bedingten Färbung von Zellen oder Organen stets nur von der Quantität und der Art der Verteilung des melanotischen Pigments abhängen, nicht von der Qualität, denn diese letztere ist — wenigstens bezüglich des färbenden Prinzips — stets die gleiche. Man könnte also allenfalls annehmen, in den gelben Körnchen sei melanotisches Pigment in sehr geringer Menge und in äufserst feiner nicht darstellbarer Verteilung vorhanden und verleihe den Körnchen die Farbe. Dies wäre möglich, das ganze gelbe Körnchen als solches, als melanotisches Pigment anzusprechen, geht nicht an.

Die Granula des melanotischen Pigments sind regelmäfsiger, mehr kugelig gestaltet, namentlich resultieren durch Konfluieren solcher Granula gröfsere kugelige Gebilde. Durch Zusammentreten und partielles Verschmelzen der gelben Körnchen dagegen entstehen unregelmäfsig gestaltete höckerige Massen, die eher an Hämosiderin erinnern.

Diese Momente scheinen mir zur Unterscheidung der gelben Körnchen vom melanotischen Pigment zu genügen, ich bemerke daher nur nebenbei, dafs ich in dem Bindegewebe der Umhüllung der Drüse und auch in der entfernteren Nachbarschaft niemals Zellen beobachten konnte, die melanotisches Pigment enthielten. Ein Umstand, welcher für einen unbedingten Anhänger der Einströmungstheorie ebenfalls ad hoc verwertbar wäre. Ich selbst bin nicht ein unbedingter Anhänger dieser Theorie, lege daher auf das Fehlen der Melanoblasten nicht allzu viel Wert.

Man könnte mir nun entgegenhalten, mein Material sei nur sehr klein und es wäre möglich, dafs die gelben Körnchen auch gelegentlich in dunkler gefärbten Exemplaren zur Beobachtung kommen könnten. Nun — dies ist nicht nur möglich, sondern solche Beobachtungen liegen wie mir scheint schon vor (siehe unten, bei Besprechung der Arbeit von Talke), das ändert aber an der Tatsache nichts, dafs das melanotische Pigment, über welches ich eine gröfsere Erfahrung besitze, niemals eine so helle Eigenfarbe hat, wie sie die gelben Körnchen nicht nur gelegentlich zeigen können, sondern in der Regel tatsächlich darbieten.

Ich mufs also im Gegensatz zu den allerdings nicht eindeutigen Angaben mancher Autoren die gelben Körnchen für different vom melanotischen Pigment erklären.

Weiter ergibt sich nun die Frage: wie verhalten sich die gelben Körnchen zu den von der Schule Jadassohns eingehend untersuchten säurefesten Körnchen? Hier gilt es die gleichen und die unterscheidenden Merkmale der zu vergleichenden Körnchen sehr sorgfältig gegen einander abwägen. Im ersten Moment ist man versucht diese beiden Arten von Körnchen miteinander zu identifizieren, denn die Körnchen, die Tschlenoff und Marie Wersiloff studierten, sind säurefest, die gelben Körnchen sind es, wie wir gesehen haben, auch, wenn sie sich auch etwas abweichend bei der entscheidenden Färbemethode verhalten, ferner, und darauf ist vielleicht noch mehr Gewicht zu legen, verhalten sich beide Arten von Körnchen bezüglich ihrer Lagerung sehr ähnlich. Tschlenoff sowohl wie Marie Wersiloff finden ihre säurefesten Körnchen nur im Gebiete des sezernierenden Knäuels, nur intracellulär. Dort finde nun auch ich die gelben Körnchen; allerdings finde ich dann die gelben Körnchen auch in den glatten Muskelfasern, aber dies kann ein zufälliger seltener Befund sein, denn ich fand nur in den von der Lippe und Schläfe stammenden Stücken die gelben Körnchen in den Muskelfasern. Bezüglich der Gröfse unterscheiden sich die Körnchen Tschlenoffs von den gelben Körnchen auch nicht in unzweideutiger Weise. Tschlenoff bildet zwar Körnchen ab, die kleiner sind als die gelben Körnchen und ich selbst konnte in den Drüsen an der Haut des Vorderarms Körnchen nachweisen, die in jeder Beziehung mit den Körnchen Tschlenoffs übereinstimmten, sich auch rein rot bei der Tuberkelbazillenfärbemethode tingierten und die kleiner waren als die ebenfalls in demselben Hautstück vorhandenen gelben Körnchen. Nun gibt aber Marie Wersiloff an, sie habe säurefeste Gebilde in den grofsen Drüsen der Axilla gefunden und diese säurefesten Gebilde reichten an die Gröfse des Kerns heran. Auf die Gröfsendifferenz ist also nicht viel Gewicht zu legen. Marie Wersiloff findet ebenso wie Tschlenoff die Konturen ihrer säurefesten Körnchen kreisrund, seltener eckig; dagegen fand ich bei den gelben Körnchen fast nie kreisrunde Konturen. Damit wäre schon ein unterscheidendes Merkmal von einer gewissen Bedeutung gegeben — wenn nicht bei den immerhin sehr kleinen Körperchen die Form von der subjektiven Auffassung des Beobachters abhängig wäre. Bezüglich des Verhaltens der beiden in Rede stehenden Arten von Körnchen bei der Tinktion ist festzustellen, dafs mancherlei Differenzen vorhanden sind. Ich möchte auf die Einzelheiten hier nicht näher eingehen, weil ich diesen Differenzen eine entscheidende Bedeutung nicht zuerkennen kann, wenn ich sie auch schliefslich bei der Entscheidung mit in Rechnung setze. Ich fordere daher auf, meine oben gegebenen Daten bezüglich des

Färbeverhaltens der gelben Körnchen mit den Angaben bei TSCHLENOFF und bei MARIE WERSILOFF im Einzelnen zu vergleichen. Hervorheben will ich nur, daſs sich die gelben Körnchen mit EHRLICHS Triacid braun färbten (TSCHLENOFFS Körnchen-grün) und nachtragen, daſs sich die gelben Körnchen mit Eisenhämatoxylin nicht färbten (TSCHLENOFFS Körnchen-schwarz). Die gelben Körnchen erscheinen ferner bei manchen Färbungen metachromatisch tingiert, TSCHLENOFF konstatiert ausdrücklich das Fehlen eines metachromatischen Tons. Die angeführten Momente scheinen mir zur Unterscheidung der beiden Arten von Körnchen nicht auszureichen, wohl aber möchte ich ein unterscheidendes Moment darin sehen, daſs die gelben Körnchen eine Eigenfarbe haben, während die anderen säurefesten Körnchen eine solche nicht besitzen. TSCHLENOFF spricht ausdrücklich von den „an sich ungefärbten" Körnchen und MARIE WERSILOFF hebt zwar nicht ausdrücklich hervor, daſs ihre Körnchen ungefärbt waren, spricht aber auch nicht von einer Eigenfarbe. Ich selbst konnte in der Haut des Vorderarmes im ungefärbten Präparat nur wenige gelbe Körnchen finden, Nachbarschnitte, die mit Methylenblau und Cresyl echtviolett gefärbt wurden, lieſsen ebenfalls nur wenige blaugrün gefärbte Körnchen nachweisen, dagegen fanden sich bei ZIEHL-NEELSEN-Färbung zahlreiche säurefeste Körnchen in Schnitten derselben Serie; in diesem Stück waren also neben gelben Körnchen auch säurefeste Körnchen ohne Eigenfarbe vorhanden. Bedingungsweise ist hier noch folgendes zu verwerten: Wie ich weiter unten nachweisen zu können glaube, sind die gelben Körnchen identisch mit denen, welche TALKE in den groſsen Drüsen der Axilla gesehen hat. Es ist nun sehr auffallend, daſs einerseits TALKE (1903) die Befunde TSCHLENOFFS (1899) gar nicht erwähnt und andererseits MARIE WERSILOFF (1904) TALKES Arbeit nicht erwähnt, während sie eine andere, wie mir scheint sogar später als die Arbeit TALKES erschienene Arbeit aus dem Jahre 1903 (die Arbeit von BOSELLINI) sehr eingehend bespricht. Dies kann ich füglich doch nur so deuten, daſs die betreffenden Autoren so wenig Berührungspunkte ihrer Befunde sehen, daſs sie einen Vergleich dieser Befunde gar nicht für notwendig halten. Ziehe ich aus dem Gesagten das Fazit, so komme ich zum Schluſs, daſs wir — als Anatomen — die gelben Körnchen von den auch säurefesten, aber ungefärbten Körnchen unterscheiden müssen.

Da TSCHLENOFF sowohl wie MARIE WERSILOFF über die chemische Zusammensetzung ihrer säurefesten Körnchen nichts Näheres aussagen, so glaube ich eine hypothetische, aber wie mir scheint diskutable Annahme der Beurteilung vorlegen zu dürfen. Wie TSCHLENOFF und MARIE WERSILOFF feststellen, sind ihre säurefesten Körnchen osmierbar, doch sind sie im Hinblick auf ihre Unlöslichkeit in fettlösenden Flüssigkeiten nicht einfach als Fett anzusprechen. Dies ist ohne weiteres zuzugeben.

Nun ist aber durch UNNA, KLEBS und KOCH (die beiden letztgenannten zitiere ich nach DELBANCO), welche unabhängig voneinander gleichzeitig arbeiteten, festgestellt worden, daſs die Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabazillen auf deren Fettgehalt beruhe. Festgestellt ist noch nicht, in welcher Weise dieser Fettgehalt die Säurefestigkeit bedingt und welcher Art die Fettverbindung (denn um eine Fettverbindung mit anderen Substanzen handelt es sich) ist. Könnte man nun nicht — so frage ich — die Säurefestigkeit der in Rede stehenden Schweiſsdrüsenkörnchen ebenfalls auf das Vorhandensein einer komplexen Fetteiweiſsverbindung in diesen Körnchen zurückführen? Es würde zu dieser Annahme die Osmierbarkeit passen und, was ja auch nicht unrichtig ist — die Bedingungen zur Entstehung einer solchen Fetteiweiſsverbindung wären in den Knäueldrüsen vorhanden.

Nunmehr komme ich auf die Arbeit TALKE zu sprechen, die zu meinen Untersuchungen die meisten Beziehungen hat. TALKE hat nur die Drüsen der Axilla untersucht und gibt nach Besprechung der gröberen anatomischen Verhältnisse in einem „Körnchenpigmente“ überschriebenen Abschnitt eine Schilderung gelber Körnchen in den groſsen Drüsen. Das wichtigste der Angaben greife ich wörtlich heraus: „In den Zellen vieler Drüsenlumina fallen gelbe Körnchen auf, die hinsichtlich ihrer Farbe, Gröſse und Lagerung ein etwas verschiedenes Verhalten zeigen. Die Färbung ist bald hellgelblich, bald etwas dunkler ins Orange und bräunliche spielend. Die kleinsten unter ihnen sind eben noch mit starken Trockensystemen sichtbar, die gröſseren erreichen die Gröſse des Zellkerns; sie treten als feine Körnelung oder unregelmäſsige Scheibchen, aber auch als gröſsere Kongregationen auf, die sich als aus vielen einzelnen Bröckeln zusammengesetzt erweisen. Die kleineren liegen seitlich neben dem Zellkerne, die gröſseren vorzugsweise oberhalb des letzteren in dem nach dem Lumen zu gerichteten Zellteile, diesen oft prall erfüllend; der basale Abschnitt der Zelle, der den Kern mit enthält, ist dann frei.“ Ferner: „Manchmal ist ein Hervorquellen der Körnchen aus dem Zelleibe in das Lumen zu sehen, oder aber eine schmale Protoplasmazone umgibt den von Sekret erfüllten kolbig verdickten inneren Zellabschnitt.“ In manchen Drüsen sind die Kernchen reichlich vorhanden, in anderen spärlich, in manchen fehlen sie ganz. Manchmal geht der Kern durch Atrophie zugrunde. „Die Eigenfarbe der Körnelung ähnelt noch am ehesten der Farbe von Blutpigment resp. Hämoglobinumsetzungsprodukten.“ Eisenreaktion negativ. „BÖHMERsches Alaunhämatoxylin wie das von HEIDENHAIN angegebene Eisenhämatoxylin lieſs die gelblichen Körner ungefärbt.“ „Durch verschiedene Anilinfarben wurden sie dagegen intensiv tingiert: Gentianaviolett, Safranin, Karbolfuchsin, Lichtgrün; in BIONDI-HEIDENHAINscher Lösung wurden sie intensiv grasgrün.“ Die Körnchen sind osmierbar. „Nach alle dem erscheint es zum mindesten fraglich, ob diese Zelleinschlüsse, die sich mit Osmium bräunen, auch Fett sind; vielleicht handelt es sich um durch besondere Färbung ausgezeichnete, durch vitale Tätigkeit der Zelle entstandene Sekretionsprodukte; was dann noch dagegen spricht, daſs es sich um Fett handelt, ist der Umstand, daſs die gelben Zelleinschlüsse durch Alkohol, Äther, Xylol nicht ausgezogen wurden, sondern in ihrer Eigenfarbe erhalten blieben.“ Vergleicht man diese Angaben mit meinen Befunden, so ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung. Gewisse Unterschiede sind ja vorhanden, diese beziehen sich aber fast nur auf die Tingibilität und sind auch in dieser Hinsicht nicht bedeutend. Bezüglich der Eigenfarbe, der Gröſse, der Form, der topographischen Verteilung decken sich meine Beobachtungen

mit dem Befunde Talkes mit Ausnahme des einen Punktes, dafs Talke die Körnchen zuweilen auch im Lumen finden konnte, während ich sie dort vermifste. Der Umstand, dafs ich die Körnchen auch in den glatten Muskeln fand, ist hier wohl ebensowenig zu verwerten wie gelegentlich des Vergleichs der gelben Körnchen mit den Körnchen Tschlenoffs. Die Abbildung, welche der Arbeit Talkes beigegeben ist, spricht mir ebenfalls dafür, dafs ich in den Knäueldrüsen der Lippe, der Schläfe, des Vorderarmes und des Fingers dieselben Körnchen gesehen habe, die Talke in den grofsen Drüsen der Axilla beobachtete.

Bezüglich der Säurefestigkeit macht Talke keine Angaben. An einem Vergleich der Körnchen mit melanotischem Pigment hat Talke offenbar gar nicht gedacht, ein Umstand, der mir auch dafür zu sprechen scheint, dafs ich Recht habe, wenn ich, wie oben geschehen, die gelben Körnchen für different vom melanotischen Pigment erkläre. Talke denkt an Blutpigment, findet aber die Eisenreaktion negativ. Auch ich konnte, wie erwähnt, eine positive Berlinerblaureaktion nicht erhalten, lege aber im Hinblick auf die Untersuchungen von M. B. Schmidt hierauf nicht allzu viel Wert, es könnte sich trotz negativen Ausfalles der Eisenreaktion sehr wohl um ein Blutpigment handeln. Alles in allem kann ich über die Natur der gelben Körnchen eine bestimmte Angabe nicht hinstellen, glaube aber, dafs man bei den gelben Körnchen ebenso wie bei den Körnchen Tschlenoffs an eine komplexe Fetteiweifsverbindung denken könnte. Eine Zusammenfassung des bisher Gesagten ergibt, dafs die gelben Körnchen nicht identisch sind mit den als Sekretkörner aufgefafsten Granulis, ferner nicht identisch sind mit dem melanotischen Pigment. Sie sind, wenn auch vielleicht fetthaltig, doch nicht ohne weiteres identisch mit dem in Form von Kügelchen in den Drüsenzellen vorkommenden, in Äther löslichen Fett. Sie sind im Hinblick auf ihre Unlöslichkeit auch nicht als Lipochrom auzusehen und endlich zunächst noch von den säurefesten Körnchen Tschlenoffs und Marie Wersiloffs zu trennen, wenn sie auch ebenfalls eine Substanz enthalten, welche Säurefestigkeit bedingt und auch noch andere Momente die gelben Körnchen und die Körnchen Tschlenoffs als einander nahestehend erscheinen lassen.

Ich glaube nicht mich eines vorzeitigen Schematisierens schuldig zu machen, wenn ich die bisher vorliegenden Beobachtungen über Knäueldrüsenkörnchen nunmehr in eine Tabelle bringe und zugleich im Interesse einer leichteren Verständigung eine einheitliche Nomenklatur vorschlage.

Ich wiederhole, dafs dies nur eine provisorische Einteilung sein soll, welche die Verhältnisse im wesentlichen vom anatomischen Standpunkt aus berücksichtigt, und werde mich nicht wundern, wenn es sich schon sehr bald herausstellen sollte, dafs die sub 4 und 5 angeführten Körnchen nur als verschiedene Phasen ein und desselben Prozesses anzusehen und besser in einer Gruppe zu vereinigen sind. Vorläufig scheint es mir zweckmäfsig, auch die sub 4 und 5 aufgestellten Typen zu trennen.

Merkmale bezw. bisherige Bezeichnungen	Vorgeschlagene Bezeichnung
1. Feinste (in den kleinen Drüsen) und gröſsere (in den groſsen Drüsen), im allgemeinen regelmäſsig angeordnete Körnchen, ohne Eigenfarbe, nicht säurefest, tingibel mit basischen Anilinfarben (bei nicht zu starker, jedoch distinkter Differenzierung), wie das Granoplasma der Drüsenzellen überhaupt. Als Sekretkörner (?) aufgefaſst	Granoplasma der Knäueldrüsenzellen
2. Fett (osmierbar, mit Sudan und Scharlach R färbbar, in Äther, Xylol löslich	Fett
3. Gelbbraunes, braunes Pigment, braune Farbkörner, Pigment (osmierbar)	Melanotisches Pigment
4. Säurefeste Körnchen, ohne Eigenfarbe, osmierbar, unlöslich in Alkohol, Äther, Xylol	Farblose säurefeste Körnchen
5. Gelbe, allenfalls bräunliche Körnchen, die säurefest sind, aber auſserdem noch die zur Nachfärbung benutzte Farbe annehmen. Osmierbar. Unlöslich in Äther, Alkohol, Xylol	Gelbe Körnchen

Nicht zum Vergleich herangezogen habe ich im obigen eine Angabe Unnas (*Histopathologie* 1894, Lupus erythematosus), weil sich aus dieser beiläufigen Bemerkung Genaueres über die Art der Körnchen, welche Unna in diesem Falle vor sich hatte, nicht entnehmen läſst. Unna sagt, daſs die betreffenden Gebilde stark färbbar sind und den von ihm bei Lepra und Lupus beschriebenen (also den späteren säurefesten Körnchen Tschlenoffs) ähnlich, aber nicht säurefest sind. Nun ist aber der Mangel der Säurefestigkeit allein nur bedingt zu verwerten. Ebensowenig kann ich in dem Befunde Bosellinis eine Gefährdung der obigen Einteilung sehen, da es sich um einen nur bei einem einzigen Fall erhobenen Befund handelt, welcher bisher nicht bestätigt wurde. Bosellini beschreibt feine Körnchen in den Drüsenzellen, die besonders bei Gram-Färbung hervortreten, sie sind viel kleiner als die farblosen säurefesten Körnchen und auch viel kleiner als die gelben Körnchen (siehe die Abbildung von Bosellini), zeigen von diesen beiden Arten von Körnchen mancherlei Differenzen im Tinktionsverhalten und auch bezüglich der Topographie. Bosellini bringt seine Körnchen zur Kerntätigkeit in Beziehung und sagt, stellenweise könne man normale Kerne sehen, welche derartige Körnchen ausstoſsen. Bosellini ist nicht geneigt, seine Körnchen mit denen Tschlenoffs für identisch zu halten, und Marie Wersiloff ist derselben Ansicht Mit den gelben Körnchen sind die Körnchen Bosellinis ebenfalls nicht zu identifizieren.

Kurz erörtern möchte ich jetzt noch die Frage, ob alle bisher in den Zellen der Knäueldrüsen nachgewiesenen Körnchen und Kügelchen als durchaus physiologische Erscheinungen zu betrachten sind oder mehr oder

weniger ins Pathologische hinüberspielen. Die sub 1, 2 und 3 in der Tabelle angeführten sind wohl zweifellos als etwas Normales anzusehen. Hinsichtlich der sub 4 und 5 genannten Körnchen möchte ich dagegen die eben gestellte Frage noch als eine offene betrachten. Was die farblosen säurefesten Körnchen anbetrifft, so konnten zwar TSCHLENOFF sowohl wie MARIE WERSILOFF dieselben häufig in normaler Haut nachweisen, und ich selbst fand sie ja auch in normaler Haut, aber es ist doch zu bedenken, daſs, wenn MARIE WERSILOFF sogar in 65% ihrer Fälle die säurefesten Körnchen nachweisen konnte, die Untersucherin Leichenhaut, also das Integument von Körpern, die an einer Krankheit oder wenigstens an Altersschwäche zugrunde gegangen waren, vor sich hatte. Man kann also nach den vorliegenden Untersuchungen nur sagen, daſs das Vorkommen der säurefesten Körnchen unabhängig ist von einer Dermatose und unabhängig ist, wie M. WERSILOFF nachweist, von einer bestimmten anderen Krankheit. In bezug auf die gelben Körnchen nun sagt TALKE, diese Körnchen fänden sich häufig; ob er aber dieses „häufig" auf die in einem Objekt vorhandenen Drüsen oder auf mehrere Untersuchungsobjekte bezieht, geht aus den Angaben dieses Autors nicht hervor. Ich habe oben das ad hoc mit negativem Resultate auf gelbe Körnchen untersuchte Material angegeben und füge hier hinzu, daſs ich in zahlreichen älteren Präparaten verschiedener Provenienz die gelben Körnchen nicht gefunden habe. Ich kann also nur sagen, daſs die gelben Körnchen in den gewöhnlichen Schweiſsdrüsen zwar vorkommen, aber einen entschieden nicht häufigen Befund darstellen, so daſs man immerhin an die Möglichkeit denken muſs, es könne sich bei diesen Körnchen um eine aus dem Rahmen des durchaus Normalen herausfallende Erscheinung handeln, um so mehr, als diese Körnchen auch in den glatten Muskeln der Drüse vorkommen können, wie ich oben gezeigt zu haben glaube. Auch daran könnte man ja denken, daſs die gelben Körnchen sowohl wie die farblosen säurefesten zwar auch unter normalen Verhältnissen entstehen können, aber unter gewissen abweichenden Bedingungen häufiger und auch in den Drüsen solcher Körperstellen sich bilden, wo sie in der Regel fehlen, ähnlich wie ja auch das melanotische Pigment bei alten Leuten vermehrt erscheint. Erwähnt sei, daſs M. WERSILOFF die farblosen säurefesten Körnchen bei sehr jugendlichen Individuen seltener findet als bei Erwachsenen. Zur Entscheidung der zuletzt erörterten Frage sind wohl Untersuchungen an einem gröſseren, dem lebenden Menschen entnommenen Material notwendig.

Zusammenfassung.

In den Knäueldrüsen finden sich teils regelmäſsig, teils nur häufig oder auch nur gelegentlich Körnchen und Kügelchen verschiedener Art. Es empfiehlt sich, vorläufig fünf verschiedene Typen zu unterscheiden (siehe Tabelle) und durch eine bestimmte Nomenklatur zu bezeichnen.

Es wurde gezeigt, daſs gewisse corpuskuläre Elemente, die bisher nur in den groſsen Drüsen der Axilla, Areola usw. nachgewiesen wurden, auch an anderen Körperstellen (Lippe, Schläfe, Vorderarm, Finger) vorkommen.

Auſser dem melanotischen Pigment kommen mit einer Eigenfarbe versehene corpuskuläre Elemente in den Zellen der Knäueldrüsen vor — gelbe Körnchen, die von melanotischem Pigment wohl unterscheidbar sind. Diese Körnchen finden sich auch in den glatten Muskeln des Schlauches. Diese Körnchen sind säurefest, verhalten sich aber in mancher Beziehung anders als die von TSCHLENOFF zuerst genauer untersuchten Körnchen, welch letztere keine Eigenfarbe besitzen. Als Ursache der Säurefestigkeit ist möglicherweise das Vorhandensein einer Fetteiweiſsverbindung in den Körnern anzusehen. Die Frage, ob es sich bei den in der Tabelle sub 4 angeführten Körnchen um Bildungen handelt, die zu dem durchaus normalen Leben der Zellen gehören, oder um Abbausubstanzen, muſs noch als eine offene betrachtet werden.

Literatur.

1. BABES, Leprakonferenz 1, S. 140.
2. v. BARDELEBEN, Artikel „Drüsen" in EULENBURGS *Real-Encyklopädie*. 3. Aufl. 1895.
3. BOSELLINI, Granuloma herpetiforme „exoticum". *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36, Nr. 12, S. 701.
4. v. BRUNN, „Haut" in *Handbuch der Anat.*, herausgegeben von BARDELEBEN.
5. DELBANCO, Über die Ursachen der Säurefestigkeit der Tuberkel- und Leprabazillen usw. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 37, S. 245.
6. GOEBEL, Über Pigmentablagerung in der Darmmuskulatur. *Virchows Arch.* 1894. Bd. 136, S. 482.
7. HEYNOLD, Die Knäueldrüsen des Menschen. *Virchows Arch.* 1874. Bd. 61, S. 77.
8. JADASSOHN, Verhandl. der Deutsch. Derm. Gesellsch. Straſsburg 1898.
9. JARISCH, Hautkrankheiten in NOTHNAGELS *Handbuch*. Hölder, Wien 1900.
10. JESS, Vergleichend anatom. Untersuchungen über die Haut der Haussäugetiere. *Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol.* Bd. XIII, S. 209.
11. KLEMENSIEWICZ, Artikel „Haut" in EULENBURGS *Real-Encyklopädie*. 2. Aufl. 1887 und 3. Aufl. 1895.
12. KÖLLIKER, Gewebelehre. 6. Aufl. 1889. Bd. I, S. 254.
13. — Mikroskopische Anatomie. II. Bd., 1. Hälfte. 1850.
14. LEDERMANN, Über die Fettsekretion der Schweiſsdrüsen an den Hinterpfoten der Katze. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 58, S. 159.
15. LUBARSCH, Über fetthaltige Pigmente. *Centralbl. f. allg. Pathol.* 1902. Bd. 13, Nr. 22.
16. RABL, H., Histologie der Haut in *Handbuch der Hautkrankh.*, herausgegeben von MRAČEK. Bd. I, S. 117.
17. v. RECKLINGHAUSEN, *Tagebl. d. Naturforsch.-Vers. in Heidelberg.* 1889. S. 324.
18. SATA, Über das Vorkommen von Fett in der Haut und in einigen Drüsen. *Zieglers Beitr.* 1900. Bd. 27.
19. SCHMIDT, M. B., Über die Verwandtschaft der hämatogenen und autochthonen Pigmente usw. *Virchows Arch.* Bd. 115.
20. SCHWALBE, G., Das äuſsere Ohr in *Handbuch der Anatomie*, herausg. v. BARDELEBEN.

21. TALKE, Über die grofsen Drüsen der Achselhöhlenhaut des Menschen. *Arch f. mikr. Anat.* 1903. Bd. 61, S. 537.
22. TSCHLENOFF, Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 49, S. 185.
23. UNNA, Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweifssekretion. *Schmidts Jahrbücher.* 1882.
24. — *Histopathologie der Hautkrankheiten.*
25. — Die Fettfunktion der Knäueldrüsen usw. *Dtsch. Medizinalztg.* 1898. Nr. 43.
26. — *Dtsch. Medizinalztg.* 1897.
27. WERSILOFF, MARIE, Zur Kenntnis der färbbaren Körnchen in den Schweifsdrüsen. Dissertation. Bern 1904.

Das Andolin, ein cocainfreies Lokal-Anästheticum, und seine Verwendung in der Dermatologie und Urologie.

Von

Dr. med. HERMANN MAYER, Berlin.

In der Zahnheilkunde wird bereits seit mehr als einem Jahre das von Zahnarzt WOLFF empfohlene Andolin als Lokal-Anästheticum angewandt. Die günstig lautenden Berichte verschiedener Zahnärzte haben mich veranlafst, das Andolin auf dem Gebiete der operativen Urologie und Dermatologie zu erproben. Um es gleich vorauszuschicken, haben wir es in dem Präparat nicht etwa mit einer neuen chemischen Verbindung, sondern mit einer Mischung zu tun. Wie mir auf meine Anfrage hin mitgeteilt wurde, setzt sich das Andolin aus folgenden Bestandteilen zusammen:

Eucain	0,5
Stovain	0,75
Suprareninum hydrochloricum	0,008
Physiologische Kochsalzlösung ad	100,0.

Es sind also in dieser Lösung vereinigt zwei Lokal-Anästhetica (Eucain und Stovain), eine anämisierende Substanz (Suprarenin) und ein Vehikel, welches für die menschlichen Gewebe von indifferenter Wirkung ist. Um an dieser Zusammensetzung gewissermafsen eine Kritik a priori zu üben, wollen wir sie von verschiedenen Gesichtspunkten aus auf Grund der bisherigen Ergebnisse unserer Wissenschaft von der Lokal-Anästhesie beleuchten.

1. Wie verhält sich die Toxizität des Andolins?

Von einem idealen Lokal-Anästheticum müfsten wir verlangen, dafs es selbst in unbegrenzten Dosen frei von jeder allgemeinen Giftwirkung

ist. Vorerst liegt dies ja nicht im Bereich des Möglichen, aber wir können die Gefahr der Vergiftung auf ein geringes Maſs reduzieren. Es dürfte allgemein bekannt sein, auf welche Weise SCHLEICH dieses Ziel zu erreichen suchte. Bei seiner Methode kommt viel weniger das Lokal-Anästheticum, das Cocain, selbst zur Wirkung, als die osmotische Differenz zwischen der angewandten Flüssigkeit und der Gewebsflüssigkeit. Da nämlich der osmotische Druck der SCHLEICHschen Lösung ein geringerer ist als derjenige der Gewebsflüssigkeit, so entsteht bei der subcutanen Injektion dieser Lösung eine Quellung der Gewebe. Diese Quellung ist die Ursache einer Anästhesie, welche BRAUN als Quellungsanästhesie bezeichnet hat.

Der andere Weg, eine Herabsetzung der Toxizität zu erreichen, würde darin bestehen, daſs das Mittel eine rein chemische Wirkung auf die Nerven entfaltet, ohne gleichzeitig infolge seiner chemischen Konstitution eine allgemeine Giftwirkung auszuüben. Die bisher gefundenen Lokal-Anästhetica genügen dieser Forderung zum Teil mehr oder weniger. Zwar besitzen sie in gleicher Dosis geringere Toxizität wie das Cocain, jedoch ist ohne Zweifel in der Mehrzahl der Fälle die gleiche Anästhesie nur zu erreichen durch Verwendung gröſserer Dosen.

Werfen wir nun einen Blick auf die Zusammensetzung des Andolins, so bemerken wir, daſs als Lösungsmittel eine Flüssigkeit benutzt ist, welche ungefähr denselben osmotischen Druck besitzt wie die menschliche Gewebsflüssigkeit, nämlich die physiologische Kochsalzlösung. Wir können daher vorerst das physikalische Moment der Quellung für die Erzeugung der Anästhesie als ausgeschlossen betrachten und annehmen, daſs die rein chemische Wirkung von Eucain und Stovain zur Geltung kommt, verstärkt durch die später noch näher zu erläuternde Wirkung des Suprarenins.

Zunächst das Eucain: Die tödliche Dosis des Eucains für Kaninchen ist 0,4 pro Kilo, die des Cocains 0,1 pro Kilo; darnach wäre das Eucain viermal weniger giftig als das Cocain. Die Erfahrung hat ergeben, daſs die giftige Wirkung desto gröſser ist, je stärker die Konzentration der Lösung. BRAUN hat nie eine Eucainvergiftung beobachtet, trotzdem er sehr oft von der 0,5 %igen Lösung 30 ccm (= 0,15 Eucain) und von der 0,1 %igen Lösung wiederholt 300 ccm (= 0,3 Eucain) injiziert hat. Dagegen ist von anderer Seite eine Vergiftung beobachtet worden, welche durch Injektion von 5 ccm einer 2 %igen Eucainlösung (= 0,1 Eucain) in die Harnröhre eines Mannes hervorgerufen wurde.

Im Andolin befinden sich 0,5 % Eucain, also in einem Kubikzentimeter 0,005 g Eucain. Darnach könnte man einem Kaninchen pro Kilo 80 ccm Andolin einverleiben, um die tödliche Dosis des Eucains = 0,4 g pro Kilo zu erreichen. Zweifellos ist die toxische Dosis für den Menschen eine viel gröſsere.

Auch die Toxizität des Stovains soll zwei- bis dreimal geringer als die des Cocains sein. Im Andolin befinden sich 0,75 % Stovain, also pro Kubikzentimeter 0,0075 g Stovain.

Nehmen wir nun an, die Toxizität summiere sich durch die gleichzeitige Einwirkung der beiden Gifte Eucain und Stovain, so könnten wir der Einfachheit halber sagen, es seien in einem Kubikzentimeter 0,005 + 0,0075 = 0,0125 g „Gift". Von diesem „Gift" könnten wir nun theoretisch das 32fache injizieren, um die für ein Kilo Kaninchen tödliche Dosis = 0,4 g zu erreichen.

Inwiefern kommt aber das Suprarenin für die Giftwirkung in Betracht? Dieses ist an sich ein sehr starkes Gift. Braun gibt als toxische Dosis für den Menschen 1/2 mg (0,0005 g) an bei einer Konzentration von 1 : 1000. In einem Kubikzentimeter Andolin befinden sich, wie oben angegeben, 0,00008 g Suprarenin. Wir könnten also einem Menschen die siebenfache Dosis injizieren, um Giftwirkung herbeizuführen; in Wirklichkeit ist aber die Konzentration des Suprarenins im Andolin 8 : 10000 oder 1 : 1250. Darnach wäre anzunehmen, dafs man sogar ungefähr die zehnfache Dosis injizieren könnte, weil bei geringerer Konzentration die Giftwirkung herabgesetzt wird. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist aber die Eigenschaft des Suprarenins, die toxische Wirkung sowohl des Eucains wie des Stovains abzuschwächen. Das Suprarenin bewirkt nämlich auch bei Gegenwart von Stovain und Eucain eine Gefäfsverengerung, wenn dieselbe auch lange nicht so hochgradig ist wie beim Cocain, und damit eine Verzögerung der Resorption, welche ihrerseits als kausales Moment für die Abschwächung der Giftwirkung anzusprechen ist.

In Wirklichkeit haben meine am städtischen Krankenhause in Charlottenburg-Westend angestellten Tierversuche ergeben, dafs die toxische Dosis des Andolins beim Kaninchen pro Kilo 3 ccm beträgt. Die gröfste Dosis, welche ich beim Menschen angewandt habe, betrug 10 ccm; diese Dosis wurde ohne jegliche Allgemeinerscheinungen ertragen. Darüber hinauszugehen ist man bei den in der Dermatologie und Urologie vorzunehmenden kleinen Operationen wohl nie gezwungen; dagegen halte ich mich verpflichtet, vor einer Überschreitung dieser Dosis entsprechend den Ergebnissen meiner Tierversuche zu warnen. Mit grofser Wahrscheinlichkeit ist die Erhöhung der Toxizität auf das Konto des Suprarenins zu setzen.

2. Wie verhält sich die Tiefe und Dauer der Andolin-Anästhesie?

Das Eucain erzeugt eine Anästhesie, deren Tiefe derjenigen des Cocains völlig gleichkommt. Schon 0,005 %ige Lösung ist imstande, eine Sensibilitätsstörung hervorzurufen. Die Dauer der Eucain-Anästhesie verhält sich dagegen zu derjenigen der Cocain-Anästhesie wie 2 : 3.

Auch das Stovain erzeugt ungefähr eine gleich tiefe Anästhesie wie das Eucain. Die Dauer der Stovain-Anästhesie verhält sich zu derjenigen der Cocain-Anästhesie wie 1 : 3.

Die anästhesierende Wirkung beider Mittel wird nun noch verstärkt und verlängert durch den Suprareninzusatz, allerdings nicht in dem Maſse wie diejenige des Cocains. Dieser Einfluſs des Suprarenins ist ebenfalls zurückzuführen auf seine anämisierende Wirkung. Diese ist von O. B. Meyer (Versuche mit Cocain-Adrenalin und Andolin an überlebenden Blutgefäſsen, *Zeitschrift für Biologie*, Bd. 50, S. 93) am physiologischen Institute in Würzburg eingehend untersucht worden.

Eucain und Stovain wirken bekanntlich beide gefäſserweiternd. Versuche mit unverdünntem Andolin haben zunächst eine Verkürzung des Gefäſsstreifens ergeben, die nach sehr kurzer Zeit einer Erschlaffung unter die Ausgangslage Platz macht. Die dabei in Betracht kommende Wirkung des Suprarenins zeigt sich ungefähr den vierten Teil so groſs wie bei gleichzeitiger Cocainwirkung; denn „um gleiche erweiternde Wirkung auf den durch Adrenalin verkürzten Gefäſsstreifen auszuüben, bedarf es bei Cocain ungefähr des tausendfachen, bei Stovain und Eucain des 250fachen der angewandten Adrenalinkonzentration. Bei gleichzeitiger Einwirkung von Eucain resp. Stovain findet nicht eine gegenseitige Aufhebung zu dem Werte 0 statt, sondern es kommen hintereinander beide Wirkungen, erst die gefäſsverengernde des Adrenalins, dann die gefäſserweiternde des Eucains resp. Stovains zur Geltung.“ (Meyer.)

Meine Versuche am Menschen haben ergeben, daſs die Andolin-Anästhesie eine sehr tiefe ist und zwar besonders tief deswegen, weil das Andolin auch sehr bald in die nächste Umgebung der Injektionsstelle diffundiert. In einem Fall von doppelseitiger, chronischer Bartholinitis wurden auf jeder Seite 2 ccm Andolin rings um die Öffnung der Drüse injiziert und dann mit dem Paquelin etwas über einen Zentimeter tief eingegangen, es war völlige Anästhesie vorhanden. Die Dauer der Anästhesie betrug in sämtlichen Fällen über eine Stunde.

3. Welche Nebeneinflüsse übt das Andolin auf die Gewebe am Orte der Applikation aus?

Von einem idealen Lokal-Anästheticum müssen wir verlangen, daſs es am Orte der Applikation keinerlei Reiz und keinerlei Gewebsschädigung verursacht, es muſs, sagt Braun, „resorbiert werden, ohne Nachwirkungen am Orte der Applikation, Hyperämie störender Intensität, Entzündungen, Infiltrate oder gar Nekrosen zu hinterlassen.

Nach Heinze und Braun ist die Injektion von Eucainlösungen bei Anwendung eines indifferenten Lösungsmittels vollkommen schmerzlos, selbst 10 %ige Lösungen erregen bei der Einspritzung keinen Reiz. Ebenso

hinterlassen die durch intracutane Injektion gebildeten Quaddeln keinerlei Gewebsschädigung, sondern sie verschwinden rasch.

Anders verhält sich das Stovain. Nach Braun erregt die Injektion von 0,1 %oiger Stovainlösung mit Zusatz von 0,8 % Kochsalz mäfsige Schmerzen. Die Injektionsstelle selbst wird hyperämisch. Die Injektion von 1 %oiger Lösung ist dagegen sehr schmerzhaft und hinterläfst Hyperämie an der Injektionsstelle. Bei noch höheren Konzentrationen bilden sich Infiltrate und schliefslich Nekrosen. Im Andolin ist das Stovain mit 0,75 % verwertet; in dieser schwachen Lösung ist das Präparat nicht imstande, eine gewebsschädigende Wirkung auszuüben. Keiner der von mir daraufhin untersuchten Patienten hat über Schmerzen bei der Injektion von Andolin geklagt. Ich selbst habe mir an zwei Stellen der Vorderseite meines Oberschenkels je 1 ccm Andolin injiziert und dabei nur ein mäfsiges Brennen verspürt. Es bildeten sich zwei vollkommen anästhetische Quaddeln, von denen jede ein mäfsig schmerzhaftes Infiltrat hinterliefs. Man mufs bedenken, dafs bei einem derartigen Versuch ein in praxi wichtiges Moment wegfällt, nämlich die Eröffnung des Gewebes durch das Messer. Ich habe bei den mit Andolin ausgeführten 40 kleinen Operationen niemals eine Störung der Wundheilung beobachtet, es trat weder Ödem, noch Infiltrat, noch Nekrose, daher auch kein Nachschmerz auf. In einem Falle jedoch, in dem ich eine Phimosenoperation mit Hilfe der Oberstschen Anästhesie ausführen wollte, zeigten sich am nächsten Tage an den Injektionsstellen (Wurzel des Penis) Blasen, deren Decken rotbraun gefärbt waren, zweifellos ein Symptom von Gewebsschädigung. Ich mufs also das Andolin als ungeeignet zur Oberstschen Anästhesie bezeichnen, weil bei diesem Anästhesierungsverfahren nicht an Ort und Stelle der Injektion inzidiert wird.

Woher kommt diese Gewebsschädigung? Da wir sie nicht auf einen einzelnen Bestandteil des Andolins zurückführen können, so müssen wir annehmen, dafs eine Eigenschaft der Lösung im ganzen genommen die Ursache dafür abgibt. Zunächst müssen wir hier die Frage der Sterilität der Lösung in Betracht ziehen. Sowohl das Eucain wie das Stovain lassen sich sehr leicht sterilisieren, ohne dafs sie dadurch eine Veränderung erleiden. Das Andolin gelangt daher auch vollkommen steril, in Ampullen von je 1 und 2 ccm Inhalt, in den Handel. Um die Ampulle zu öffnen, mufs man deren oberes spitzes Ende abbrechen. An der Sterilität des Andolins kann also kein Zweifel herrschen, so dafs wir von dieser Seite keine Gewebsschädigung zu befürchten haben.

Man könnte ferner annehmen, dafs vielleicht mit der Zeit das Präparat eine chemische Veränderung erleidet. Vom Eucain und Stovain können wir hinsichtlich dieser Frage völlig absehen, da ihre Haltbarkeit schon längst erwiesen ist. Dagegen hat das Suprarenin eine ziemlich starke

Neigung sich zu verändern. Sobald die Lösung rötlichbraun erscheint, können wir einer stattgehabten chemischen Umsetzung sicher sein. Um eine solche zu verhüten, sind die Ampullen, in denen das Andolin abgegeben wird, aus einer bestimmten Glassorte verfertigt. In der Tat habe ich bisher konstatieren können, daſs das Andolin in solchen Ampullen noch nach sechs Monaten völlig unverändert und in seiner Wirksamkeit nicht beeinträchtigt war.

Es bleibt uns darnach nur noch eine physikalische Eigenschaft der Lösung, welche wir wohl für die allerdings geringe Gewebsschädigung verantwortlich machen müssen. Die Lösung ist nämlich hyperosmotisch; ihr Gefrierpunkt liegt bei —0,8° Celsius. Da der Gefrierpunkt des Blutes bekanntlich bei —0,55° Celsius liegt, so besitzt die Andolinlösung eine gröſsere osmotische Spannung als das menschliche Blut; sie muſs daher am Orte der Injektion eine mäſsige Wasserentziehung und damit eine geringe Gewebsschädigung veranlassen. Jedoch ist, wie schon hervorgehoben, diese Schädigung so gering, daſs sie in praxi gar nicht zu berücksichtigen ist; sie macht sich nur dann bemerkbar, wenn nicht an Ort und Stelle der Injektion operiert wird.

4. Für welche Anwendungsformen kommt das Andolin in Frage?

Vorausgesetzt, daſs wir nur kleine Operationen ausführen, ist das Anwendungsgebiet des Andolins ein unbegrenztes. SCHLEICH warnt bekanntlich davor, seine Lösung in entzündetes Gewebe direkt hineinzuspritzen, da dieselbe hyposmotisch ist und daher Quellung bewirkt. Eine Injektion SCHLEICHscher Lösung z. B. in einen Absceſs hinein, würde eine mächtige Steigerung des Druckes auf die Wände des Abscesses und damit Exacerbationen des Schmerzes in dem entzündeten Gebiete hervorrufen. Ebenso ist die SCHLEICHsche Lösung nicht anzuwenden zur Anästhesierung von Schleimhäuten durch äuſsere Applikation und zur Behandlung (Auskratzung, Tamponade) offener Wundhöhlen, weil hier die physikalischen Bedingungen ihrer Wirksamheit nicht gegeben sind. Dagegen brauchen wir uns bei dem rein chemisch wirksamen Andolin keine Schranken aufzuerlegen. Ich selbst habe das Andolin an der dermatologischen Station des städtischen Krankenhauses Charlottenburg benutzt:

a) zum Bougieren der Harnröhre. Ich habe bei 12 verschiedenen Patienten je 5 ccm Andolinlösung mit der Tripperspritze injiziert. Es genügte ein drei Minuten langes Verweilen der Flüssigkeit in der Harnröhre, um völlige Anästhesie herbeizuführen. Auch die nach Herausziehen des Bougies vorgenommene Ausspülung der Harnröhre mit Höllensteinlösung wurde ohne jegliche Schmerzen ertragen.

b) zur Inzision eitriger Abscesse. Es wurden im ganzen acht Bubonen, vier Bartholinitiden und fünf Furunkel unter Andolin-Anästhesie behandelt. Ich habe stets die leicht sterilisierbare LUERsche Glasspritze

und Platin-Iridium-Kanülen zur subcutanen Injektion benutzt. Es wurde stets an vier Stellen, die einander kreuzweise gegenüberlagen, je 1/2 ccm Andolin injiziert; die Anästhesie war sofort nach der Injektion eingetreten.

c) zur Tamponade kleiner Wundhöhlen. Es wurden von der Wundöffnung aus 1—2 ccm Andolin vor dem Tamponieren in die Wunde eingeträufelt; die Tamponade verlief in allen Fällen schmerzlos.

d) zum Ausbrennen mit dem Paquelin. Diese Maſsnahme konnte in zwei Fällen von chronischer Bartholinitis unter völliger Anästhesie getroffen werden, nachdem vorher je 2 ccm Andolin injiziert waren; es wurde mit dem glühenden Paquelin über 1 cm tief eingegangen.

e) zur Phimosen-Operation. Dieselbe wurde in einem Falle in Anlehnung an das von Braun angegebene Verfahren ausgeführt. Die Vorhaut wurde über die Eichel herübergezogen und durch Umlegen eines Fadens vor der Eichel fixiert. Dann wurde an fünf verschiedenen Stellen, welche eine dem Sulcus coronarius entsprechende Linie bilden, je 1 ccm Andolin injiziert und zwar auf der dorsalen Mitte des Sulcus, zu beiden Seiten des Sulcus und unten zu beiden Seiten des Frenulum. Nach zwei Minuten wurde der Faden entfernt und die Operation unter völliger Anästhesie und Blutleere ausgeführt. Dagegen war mir, wie schon oben berichtet, die Phimosen-Operation mit Hilfe der Oberstschen Anästhesie nicht geglückt, vermutlich weil dieses Anästhesierungsverfahren überhaupt bei dieser Operation nicht selten versagt wegen der häufig atypischen Nervenversorgung des Penis.

Angereiht seien hier folgende Fälle aus meiner Privatpraxis:

1. Mädchen B., 8 Jahre alt, Fibro-Angiom in der Mitte des äuſseren Randes der linken Ohrmuschel, haselnuſsgroſs. Es werden am oberen und unteren Ende der Geschwulst je 1 ccm Andolin injiziert; die Haut über der Geschwulst wird schneeweiſs. Dann wird dem Verlauf des Ohrmuschelrandes entsprechend ein Schnitt von etwa 1 cm Länge geführt, die Geschwulst stumpf herausgeschält, die Wundränder werden durch eine Naht miteinander fixiert. Die Blutung ist minimal. Beim ersten Verbandwechsel gibt die kleine Patientin an, keinerlei Nachschmerz empfunden zu haben; Heilung per primam intentionem.

2. Herr G., 52 Jahre alt; Exstirpation von fünf isolierten Atheromen der behaarten Kopfhaut, deren gröſstes einen Längsdurchmesser von 7 cm und einen Querdurchmesser von 3 1/2 cm besitzt. Es werden insgesamt 14 ccm Andolin verbraucht; bei dem gröſsten Atherom allein 6 ccm. Eine toxische Wirkung kommt hier nicht in Frage, weil die 14 ccm in vier Intervallen (zwischen je zwei Operationen) injiziert wurden. Auch hier Naht; tadelloser Wundverlauf; Heilung per primam intentionem.

Sofern ich mir nach meinen bisherigen Untersuchungen ein Urteil über das Andolin erlauben darf, finde ich seinen Hauptvorzug darin, dafs man es jederzeit gebrauchsfertig zur Hand haben kann. Ich brauche die Lösung weder selbst zuzubereiten, noch selbst zu sterilisieren und kann trotzdem sicher gehen, dafs ich ein völlig ungefährliches und steriles Anästheticum benutze. Weitere Vorzüge liegen in seiner geradezu unbegrenzten Haltbarkeit, in seiner grofsen Tiefenwirkung und in der langen Dauer der Anästhesie. Nachschmerz ist nie vorhanden, selbst nach Verwendung im entzündeten Gewebe. Ich kann daher mit ruhigem Gewissen die Vornahme weiterer Versuche mit Andolin empfehlen.

Ich erfülle zum Schlusse die angenehme Pflicht, dem Chefarzt der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses, Herrn Dr. Becker, für die freundliche Genehmigung dieser Veröffentlichung und dem Direktor des pathologischen Institutes des Charlottenburger Krankenhauses, Herrn Professor Dietrich, für die liebenswürdige Erlaubnis der Tierversuche ganz ergebenst zu danken.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November (22. November) 1907.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

Pospelow gedachte des langjährigen, verstorbenen Vizepräsidenten der Gesellschaft, Prof. Sinizyn, und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Es geschah.)

1. Ustinow demonstrierte eine 33jährige Frau mit **Pemphigus vegetans** der Haut und der Schleimhäute. Die Vegetationen auf den Geschlechtsteilen erinnern sehr an breite Condylome. Die Behandlung hat in äufserer Anwendung einer Bleisalbe und in Arsenikinjektionen bestanden. Unter Entwicklung erhabener Pigmentationen ist stellenweise Überhäutung eingetreten.

Diskussion: Tschlenow, welcher den Fall zeitweilig mitbeobachtet hat, fand, dafs der Prozefs sich während der Einspritzungen von Arsenik besserte, um aber nach Aussetzen derselben sich wieder zu verschlimmern. Die neuen Eruptionen schienen ihm mit Temperatursteigerungen einherzugehen.

Ustinow kann letzteres nicht bestätigen, da die im ganzen seltenen und niedrigen Temperaturerhöhungen, seiner Ansicht nach, von Erkältungen abhingen.

Bogrow schlägt, auf Grund des unlängst von Glawsche mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Falles von Dermatitis herpetiformis, eine derartige Behandlung vor.

Ustinow gedenkt augenblicklich eine Organotherapie vorzunehmen.

Shiwult hält jede Behandlung nur für zeitweilig nutzbringend, da über kurz oder lang der Exitus letalis zu erwarten ist.

Ustinow sieht den Fall nicht so pessimistisch an, da rezidivfreie Zeiten von mehreren Jahren bei Pemphigus vegetans beschrieben worden sind.

2. Isaew als Gast sprach über **Obturatore** für Gaumendefekte und zeigte einen von ihm nach dem Sührsenschen System, aber aus Hartgummi verfertigten Obturator bei einem Kranken mit grofsem Defekt des weichen Gaumens. Der Obturator tat gute Dienste.

3. Glowsejew als Gast führte einen anderen Kranken mit noch gröfserem Defekt des Gaumens vor, bei dem sich nur ein Obturator nach dem Muster von Claude Martin anwenden läfst, der von ihm hergestellt worden ist und gut wirkt.

4. Pospelow machte eine vorläufige Mitteilung über die **diagnostische Bedeutung des Testschen Tuberkulins** bei tuberkulösen Erkrankungen der Haut und führte Kranke vor, bei denen er teils die cutane, teils die Ophthalmoreaktion des Testschen Tuberkulins versucht hat. Er fand, dafs die Reaktion in je zwei Fällen von Lupus vulgaris und Lupus erythematodes positiv und in zwölf Fällen, wo keine Tuberkulose vermutet wurde (Fälle von Syphilis, Ekzem, Psoriasis vulgaris usw.), negativ ausfiel. Weiter zeigte sich, dafs die Reaktion bei den Fällen von Lupus vulgaris stärker sichtbar war, als bei den Fällen von Lupus erythematodes, endlich aber noch, dafs sie bei einem und demselben Kranken auf der einen Körperhälfte stärker als auf der anderen sein kann.

Diskussion: Predtetschenski als Gast hat die Testsche Tuberkulinreaktion bei 70 Fällen 300 mal versucht, und zwar bei verschiedenen Krankheiten und auch bei ganz Gesunden, darunter auch bei sich selbst. Seiner Überzeugung nach hat diese Reaktion keine spezifische Bedeutung, da sie unter gewissen Umständen auch bei Gesunden positiv ausfällt. Zu solchen Umständen gehören die Konzentration und die Wiederholung der Injektion. In gewissem Sinne kommt dieselbe auch der Vidalschen Reaktion zu und es wäre denkbar, dafs für die Testsche Tuberkulinreaktion auf Grund einer sehr grofsen Reihe von Untersuchungen ein Maximum und ein Minimum festgesetzt wird, welches zur Reaktion nötig ist, aber dennoch bleibt dem subjektiven Gefühl ein grofser Spielraum offen, da die Autoren von schwacher, mittlerer und starker Reaktion sprechen. Ähnlich ist es mit dem Kochschen Tuberkulin gegangen, welches schliefslich larga manu doch nur von den Veterinären angewandt wird, denen es nicht darauf ankommt, bei positivem Ausfall der Reaktion das Tier zu töten, aber auch diesen passieren Fehldiagnosen.

Pospelow wiederholt, dafs seine Mitteilung nur eine vorläufige sei. Im übrigen stimmt das, was der Vorredner über das Testsche Tuberkulin sagt, genau mit dem überein, was P. vor 16 Jahren über das Kochsche Tuberkulin geschrieben hat, als als man diesem so grofse Hoffnungen entgegenbrachte.

Predtetschenski gibt zu, dafs er möglicherweise aus dem Grunde immer ein positives Resultat der Reaktion erzielte, weil er das trockene Präparat von Test verwandt hat, während Pospelow das bereits aufgeklärte, flüssige angewandt hat.

Gorbatschew als Gast, welcher gleichfalls Versuche mit dem Testschen Tuberkulin angestellt hat, erwähnt, dafs die Ophthalmoreaktion bei vorhandener Reizung des Auges leichter auftritt und dafs andererseits eine stark aufgetretene Reaktion unter Adrenalin sofort zurückgeht.

5. Meschtscherski gab Referate über folgende Themata:

a) die Sporotrichosis als eine besondere klinische Form der Hautdermatomykose mit Demonstration von Kulturen und mikroskopischen Präparaten, welche er aus Paris mitgebracht hat;
b) die Prophylaxis der Syphilis nach der letzten Arbeit von Metschnikow;
c) über Kulturen der Spirochaeta pallida nach Levaditi.

Fachzeitschriften.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. IV, Heft 9.

Therapeutische Erfahrungen mit „Barta“ bei Neurasthenie, Hysterie, Impotenz, von Schütte-Magdeburg. Unter dem Namen Barta wird von der Firma Hugo Seydel in Dresden ein Präparat fabriziert, welches nach S. das Non plus ultra eines tonisierenden Nervinums und zugleich ein unübertreffliches Aphrodisiakum zu sein scheint. Es enthält der Hauptsache nach Damiana-Extrakt und Phosphor, soll durchaus keine schädlichen Nebenwirkungen hervorrufen, sogar nebenbei appetitanregend und verdauungsfördernd wirken. Es wird in Tabletten dispensiert, von denen es drei Stufen, „einfach, zweifach und dreifach stark“, gibt. Die schwächste Nummer wird bei zeitweiliger Schwäche jüngerer Personen angewandt, drei- bis viermal täglich eine oder zwei Tabletten; der mittlere Grad wird bei chronischen Zuständen angewandt und die stärkste Nummer kommt nur vorübergehend (zwei- bis dreimal eine Tablette) zur Anwendung, wenn eine sehr prompte Wirkung erwünscht ist; nach drei bis vier Tagen geht man dann zu Nr. II über. Verfasser schildert aus seinem gröfseren Beobachtungsmaterial ein halbes Dutzend Fälle, bei denen er das Mittel zu seiner vollen Zufriedenheit gegeben hat.

Perplex-Harnröhrenspritze, von G. Merzbach-Berlin. Verfasser empfiehlt die von Bernstein-Kassel angegebene und anderwärts bereits publizierte Tripperspritze, welche gleichzeitig Behälter für das Medikament und Injektionsspritze darstellt. Er glaubt, dafs der Apparat durch eine kleine Änderung in den Gröfsenverhältnissen noch gewinnen würde.

Über gleichgeschlechtliche Frauenliebe mit besonderer Berücksichtigung der Frauenbewegung, von W. Hammer-Berlin. Verfasser unterscheidet zwischen Uranismus (Urninden) und gleichgeschlechtlicher Frauenliebe (Lesbierinnen, Sapphistinnen). Bei ersterer Art handelt es sich um eine dauernd und ausschliefslich auf Angehörige des eigenen Geschlechtes hinzielende Richtung des Liebestriebes, bei letzterer Gattung um grobsinnlichen Verkehr zwischen Frauen ohne Rücksicht darauf, ob neben der weibweiblichen auch eine mannweibliche Liebesbetätigung statthat. An einzelnen ziemlich ausführlich mitgeteilten Beispielen aus seiner eigenen Beobachtung wird dies näher erläutert. Fortfahrend erklärt Verfasser, dafs Männerhafs als Charakteristikum der Urninden sich nicht nur im täglichen Leben, sondern öffentlich mehrfach bei den Frauenrechtlerinnen vorfindet. Diese von ihm schon früher aufgestellte Behauptung hat eine scharfe Entgegnung von Frl. Ella Mensch in ihrem Buche „Bilderstürmer in der Berliner Frauenbewegung“ hervorgerufen, wie an einem langen Zitate dargelegt wird. Zur Widerlegung druckt H. einen längeren Passus aus der Schrift „Prostitution des Mannes“ von J. E. ab. Derselbe dokumentiert unzweifelhaft einen ausgesprochenen und intensiven Männerhafs und läfst allerdings den Verdacht einer sexualen Grundursache als nicht unbegründet erscheinen. (Fortsetzung folgt)

Über Tripperbehandlung und einige modifizierte Heilungsmethoden, von L. Rapiport-St. Petersburg. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen geht R. zur Darlegung der von ihm geübten Therapie über. Er hat eine grofse Vorliebe für die Didayschen Spülungen, namentlich mit konzentrierten Höllensteinlösungen ($^1/_4$—$^1/_2$—1%), da er gefunden hat, dafs solche oft wirksam waren, wenn mit schwächeren Lösungen oder mit Kalium permanganicum kein Erfolg erzielt worden war. (Fortsetzung folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatologische Zeitschrift.

1907. Heft 10.

1. **Beiträge zur Legende der Altertumssyphilis,** von Notthafft - München. N. hat in einem vor kurzem erschienenen Buche (Die Legende von der Altertumssyphilis, Leipzig 1907) den Nachweis zu führen vermocht, daſs sich weder in der medizinischen noch in der Laienliteratur des Altertums Stellen finden, welche uns den Schluſs, daſs hier Schilderungen von Syphilis vorlägen, erlauben würden . . . Das Resultat unserer Untersuchungen kann keine künftige Forschung mehr umstoſsen. Die Lehre von der Altertumssyphilis bleibt tot; sie wird nicht mehr zum Leben kommen.“ Als Nachtrag zu diesem Buche bespricht N. hier einige Stellen aus der altjüdischen, lateinischen und griechischen Literatur und gewisse bildhauerische Darstellungen, die von anderer Seite als Beweis für das Vorkommen der Syphilis im Altertum angesehen werden; mit einem erstaunlichen Maſse philologischer Kenntnisse zeigt er, daſs diese Schriftstellen, wie sie von den betreffenden Autoren zitiert und benützt werden, zum Teil entstellt sind und insgesamt ebensowenig wie die Skulpturen als Syphilisschilderungen angesehen werden müssen. Sie lassen, soweit sie überhaupt in Betracht kommen, auch ganz andere Deutungen zu und besitzen infolgedessen absolut keine Beweiskraft für das Vorkommen der Syphilis im Altertum. Beweisend wären nur Schriftstellen, die als absolut eindeutige Syphilisschilderungen aufgefaſst werden müſsten, und solche Schriftstellen gibt es nicht.

2. **Ein Fall von Adenocarcinoma lenticulare capillitii,** von H. Kreibich-Prag. Bei einem 71jährigen Manne fand Kr. die ganze rechte Schläfengegend, die Gegend vor und hinter der rechten Ohrmuschel dicht besetzt mit halbkirschgroſsen, zart rötlichen, meist von Epithel bedeckten Geschwülstchen, die eng aneinander gedrängt, sich gegenseitig abplattend, durch tiefe Furchen voneinander getrennt waren. Die Oberfläche der Tumoren zeigte vielfach Furchen, in denen sich übelriechendes, blutig-eitriges Sekret befand. Von der rechten Ohrmuschel zog ein breiter, zwischen Stirnhaargrenze und Scheitel allmählich schmäler werdender Streifen solcher kleiner Geschwülstchen zur linken Seite; hier war die Höhenentwicklung der Tumoren geringer, sie standen weiter auseinander, Maceration und Jauchung fehlten. An der Stirne leitete ein fingerbreiter, geröteter, mit kleinsten, bläschenartig aussehenden Knötchen besetzter Streifen zur gesunden Haut über. Etwas nach rückwärts von der Geschwulstgrenze, beiläufig in der Mittellinie und an der rechten Schläfengegend waren geschwürige, von blutig-eitrigen Borken bedeckte Substanzverluste zu sehen. Der Mann starb nach viertägigem Aufenthalt im Spital an einer Pneumonie. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich der Tumor als ein auf dem Wege der Lymphgefäſse fortschreitendes schlauchförmiges Adenocarcinom; die Schlauchbildung war so regelmäſsig, daſs durch die vielen Quer- und Schrägschnitte ein nierenähnliches Bild entstand. Ein Hervorgehen der Geschwulst aus dem Oberflächenepithel oder ein Zusammenhang mit diesem war nirgends zu konstatieren, doch wurde die Epidermis durch die von unten andrängenden Geschwulstmassen gezogen, gespannt, verdünnt, auseinandergedrängt und schlieſslich durch Exsudation abgehoben oder vollständig abgeworfen; das war an den beiden ulcerierten Stellen der Fall, wo der Tumor freilag und nur von Leukocyten, Fibrin und Bakterien bedeckt war. Im ganzen Körper fand sich kein weiterer Tumor mehr; da vom Oberflächenepithel ein so ausgesprochenes Adenocarcinom nicht ausgehen kann, muſs an ein drüsiges Organ, eine Talg- oder Schweiſsdrüse oder an eine Dermoidcyste, ein Atherom oder eine epitheliale Naevusanlage als Ausgangspunkt gedacht werden.

Anschlieſsend an die Beschreibung dieses Falles, der eine groſse Seltenheit darzustellen scheint, bespricht Kr. drei Publikationen von Kynle, Malinovski und Riehl,

die sich mit den Hautmetastasen nach Mammacarcinom beschäftigen. Kynle und Malinovski beschreiben zwei solche Fälle und bringen sie in Beziehung zur Paget-Erkrankung der Mamma, nach Ansicht Kr.s mit Unrecht. Denn die beiden Fälle hatten nur geringe oder gar keine klinische Ähnlichkeit mit Pagets Krankheit, aufserdem aber — und das ist das beweisende — wurde nirgends die für Paget-Carcinom charakteristische Epithelentartung nachgewiesen. Der Fall Kynle war ein Adenocarcinom mit sekundärem Übergreifen auf die Epidermis. Im Falle Malinovski ging dem Erscheinen neuer Hautmetastasen das Auftreten von Blasen voraus, die auf entzündlich-erythematöser Basis entstanden und sich allmählich mit Carcinommasse füllten; die gleiche Beobachtung machte Riehl in drei Fällen von Metastasenbildung bei Mammacarcinom. Es handelte sich dabei wohl um teils mechanische, teils entzündliche Lymphgefäfsausdehnung, die zur cystischen Erweiterung geführt hat. In dem hier beschriebenen Falle wies der periphere Rand nur stark ausgedehnte Blut- und Lymphgefäfse, aber keine Cysten und Blasen auf. Die entzündliche Randbegrenzung mit den eingestreuten kleinsten Knötchen ermöglichte Kr. wegen der Ähnlichkeit mit dem lentikulären Mammacarcinom schon klinisch die richtige Diagnose und damit die Unterscheidung von dem Endothelioma cutis Spieglers, dem diese periphere Entzündung fehlt. Auch in einem von Haslund als Endotheliom beschriebenem Falle, der im übrigen die gröfste Ähnlichkeit mit dem Falle Kr.s aufwies, war die Cutisreaktion nicht vorhanden. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1907.

Dermatologie und ihre Beziehungen zur allgemeinen Medizin, von O. Lassar-Berlin. In dieser Ansprache vor der Dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland (22. Mai 1907) gibt L. zuerst einen Abrifs über die Entwicklung der Dermatologie in den letzten 30 Jahren und kommt dann auf den Zusammenhang einzelner Hautkrankheiten mit Störungen des Allgemeinbefindens zu sprechen. Prurigo hat nach L.s Ansicht seinen Ursprung in Erkrankung des Verdauungskanals, derselbe Zusammenhang bestehe zwischen Akne und Verdauung. Obstipation geht Hand in Hand mit dieser unangenehmen Hautaffektion jüngerer Jahre. Diabetes verursacht eine grofse Anzahl von Hautaffektionen und mit der Abnahme des Zuckergehalts im Urin vermindert sich auch die Reizung der Haut zu Entzündungen, zu Furunkelbildungen usw.; der verminderte Zuckergehalt gibt einen weniger günstigen Nährboden für die Entwicklung der Staphylokokken ab. Ein sehr hartnäckiges Hautleiden, nämlich heftiges Hautjucken ohne äufsere Hauterkrankung, kommt sowohl bei Diabetes wie ohne denselben vor. Hier mufs oft äufsere Medikation mit inneren Mitteln kombiniert werden, und eines unserer alten klassischen Mittel ist und bleibt Arsenik. L. hebt hierbei hervor, dafs er vor etwa 18 Jahren gegen Hautkankroide zuerst Arsenik angewandt hat, und ist überzeugt, dafs jedes frische Hautkankroid durch inneren Arsenikgebrauch, in den gewöhnlichen Dosen und der allgemein üblichen Weise gegeben, zur Heilung gebracht werden kann. Das Atoxyl oder Meta-Arsensäure-Anilid, eine Arsenikverbindung, welche in den letzten Jahren in den Vordergrund der Diskussion getreten ist, hat L. zuerst bei Lichen ruber angewandt und als aufserordentlich wirksames, nahezu spezifisches Mittel hierbei befunden; auch bei Syphilis fand es Salmon so erfolgreich, dafs er es neben Quecksilber und Jod als drittes Heilmittel gegen Syphilis bezeichnen möchte. Zum Schlusse kommt Lassar noch auf die Radiotherapie zu sprechen, deren Erfolge, seien es Röntgenstrahlen oder Finsenlicht oder die Entdeckung Curies (Radium), sich die Dermatologie zuerst und jetzt in ausgedehntestem Mafse zunutze gemacht hat. *Stern-München.*

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band VII, Nr. 19.

Behandlung der Hautepitheliome nach den neueren Methoden, von H Lebon-Paris. (Fortsetzung.) Entwicklung: Bei sehr rapidem Fortschreiten des Neoplasmas mufs die Röntgenbehandlung zugunsten eines operativen Eingriffes zurückstehen, was aber vielleicht in 100 Fällen nur einmal zutrifft.

Ausdehnung: Wenn der Tumor wegen allzugrofsen Umfanges die chirurgische Entfernung nicht zuläfst, kann man durch die Röntgenbestrahlung immerhin günstig auf die Schmerzen einwirken sowie auf das etwaige begleitende Ödem und die Infiltration des Gewebes. Gelegentlich sieht man bei oberflächlichen Gewächsen auch eine überraschende Rückbildung. Bei tiefem Sitz der Affektion darf man allerdings hierauf nicht hoffen. Was die Bedeutung der Lokalisation betrifft, so ist es eigentümlich, dafs nach den Berichten mehrerer Autoren die Epitheliome der Unterlippe sicher viel rebellischer erweisen als diejenigen der Oberlippe und anderer Teile des Gesichts. Gewächse der Lider geben bei frühzeitiger Behandlung mit Röntgenstrahlen bessere Resultate als mit dem Messer. Zungenkrebs hat man verschiedentlich auch mit Radiotherapie behandelt. Die Resultate berechtigen nicht zu einer allgemeineren Verwendung des Verfahrens nach dieser Richtung hin.

Dafs das fortgesetzte Hantieren mit Röntgenstrahlen andererseits die Entwicklung von Carcinomen hervorrufen kann, ist von Lloyd, Gaucher und Lacapère berichtet worden. Auch andere Unfälle sind verschiedentlich erwähnt. Rezidive scheinen nicht zahlreicher bei dieser Behandlungsart als bei den chirurgischen Eingriffen aufzutreten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1907. Heft 4.

1. **Bemerkung über die Behandlung der Hypertrichosis,** von L. Brocq. Lebedde und Martial haben in einer Arbeit über die Behandlung der Hypertrichosis (*Journ. d. pratic.* 1907, 23. Februar) behauptet, dafs Br. in einem im *Bulletin médical* erschienenen Aufsatz die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis bekämpfe, Das ist, wie Br. durch ein ausführliches Zitat aus dem erwähnten Aufsatz beweist. nicht richtig. Br. hebt vielmehr nachdrücklich hervor, dafs bei ausgedehnten oder starken Hypertrichosen die Wahl zwischen Elektrolyse und Röntgentherapie oft sehr schwierig ist, da beide Methoden ihre Vorteile und ihre Nachteile haben. Die Röntgentherapie erfordert weniger Sitzungen und ist nicht schmerzhaft, doch ist der Erfolg kein absolut sicherer, und die Möglichkeit, dafs Hautatrophien mit Teleangiektasien und selbst hartnäckige Ulcerationen entstehen, ist nicht auszuschliefsen; die Elektrolyse hingegen ist schmerzhaft, erfordert sehr viele Sitzungen und verursacht infolgedessen beträchtliche Kosten. Die Entscheidung, welches Verfahren anzuwenden ist, hängt daher vornehmlich von äufseren Umständen ab, und Br. läfst sie deshalb gewöhnlich vom Patienten selbst treffen. Br. als Gegner der Röntgenbehandlung bei Hypertrichosis zu bezeichnen, ist nach all dem unberechtigt. — Unverständlich ist Br. die von Lebedde und Martial aufgestellte Behauptung, die Elektrolyse sei kontraindiziert bei sehr ausgedehnten Hypertrichosen und bei dichter Behaarung, und solche Fälle seien unheilbar, wenn Röntgenbehandlung nicht angewendet werden könne; Br. hat, wie er auch in dem Aufsatz im *Bulletin médical* mitteilte, eine grofse Zahl derartiger Hypertrichosen durch Elektrolyse zum Verschwinden gebracht. Ein ungünstiges Urteil über die Wirksamkeit der Elektrolyse ist also unbegründet und um so weniger am Platze, als das Verfahren von jedem praktischen Arzte ohne teures

Instrumentarium vorgenommen werden kann. Br. hat sogar in Fällen, in denen die Kosten für die Behandlung durch einen Arzt nicht aufgebracht werden konnten, die Elektrolyse durch eine von ihm genau instruierte Person aus der Umgebung des Patienten mit Erfolg ausführen lassen.

2. **Beitrag zum Studium der Behandlung des Lupus vulgaris,** von Leredde und R. Martial. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Haut- und Schleimhauttuberkulose, erzeugt durch Inokulation und Autoinfektion,** von E. Spitzer. Aus dem Deutschen übersetzt von René Martial. Kurze Übersicht über die Literatur der durch Inokulation und Autoinfektion entstandenen Haut- und Schleimhauttuberkulosen. Aus der grofsen Zahl der einschlägigen Beobachtungen ergibt sich der Schlufs, dafs die Tuberkulose wie die Syphilis auf alle Teile des menschlichen Körpers leicht verimpft werden kann und überall spezifische Veränderungen erzeugt, und dafs die tuberkulöse Infektion im Gegensatz zur syphilitischen auch an bereits erkrankten Individuen haftet, an diesen vielleicht sogar leichter als an gesunden, weil die Widerstandsfähigkeit der Gewebe schon vermindert ist.

4. **Bemerkungen zur Antwort Kreibichs auf meine Arbeit: Die Lehre von der hämatogenen Hautentzündung und die Angioneurosen,** von L. Török. Kurze polemische Ausführungen, in denen T. abermals die Beweiskraft der die Entstehung von Angioneurosen betreffenden Experimente Kreibichs erschüttern will. T. bleibt dabei, dafs die bei diesen Experimenten beobachteten Hautveränderungen, soweit sie nicht spontan, d. h. unabhängig vom Experimentierenden und vom Patienten als Folge der Grundkrankheit aufgetreten sind, entweder als unmittelbare Folge der experimentellen Manipulation oder als künstlich vom Patienten hervorgerufene Veränderungen betrachtet werden können.

Heft 5.

1. **Wie steht zur Zeit die Frage bezüglich der Behandlung des Lupus vulgaris?** Von Leredde.

2. **Beitrag zum Studium der Behandlung des Lupus vulgaris,** von Leredde und R. Martial. Fortschritte in der Therapie des Lupus vulgaris sind nur möglich, wenn künftighin die Diagnose stets sehr frühzeitig gestellt wird, und wenn wir über die Wirksamkeit, die Indikationen und Gegenindikationen der verschiedenen Behandlungsmethoden Klarheit gewinnen. Diese Klarheit werden wir aber nur erlangen, wenn jedes einzelne Verfahren in einer gröfseren Serie von Fällen methodisch angewandt und das Resultat, und zwar nicht nur das momentane, sondern auch der Dauererfolg in einer Statistik mitgeteilt wird. Bisher existieren gröfsere Statistiken nur über die Ergebnisse der Lichtbehandlung und der Exzision, und nur diese beiden Methoden können zurzeit als wirklich und zweifellos heilende betrachtet werden. Da sie aber, zum Teil aus äufseren Gründen, nicht in allen Fällen anwendbar sind, ist es von gröfster Wichtigkeit, dafs auch die Leistungsfähigkeit anderer Verfahren durch eine grofse Zahl von lang dauernden Beobachtungen festgestellt wird. — Der Anschauung, die Blaschko in seinem in der Berliner dermatologischen Gesellschaft erstatteten Referate ausgesprochen hat, dafs der Lupus seine Schrecken verloren habe und nicht mehr zu fürchten sei als manche andere Hautkrankheit, dieser Ansicht kann L. nicht beipflichten.

Anschliefsend an diese allgemeinen Bemerkungen berichten L. und M. ausführlich über einen Lupusfall, dessen Verlauf zeigt, was eine genaue, unter Benutzung aller Hilfsmittel, speziell der Tuberkulininjektionen ausgeführte Untersuchung für die Frühdiagnose und für die Feststellung der Ausdehnung des Krankheitsprozesses bedeutet und was die methodische Lichtbehandlung leistet. Es handelte sich um einen 19jährigen Menschen mit einem umschriebenen Lupus hypertrophicus an der untersten

Partie der rechten Seite der Nase; darüber und auf einer kleinen Partie der rechten Wange fanden sich Veränderungen, die als Lichen scrophulosorum gedeutet werden mufsten. Mit Hilfe einer Tuberkulininjektion wurde konstatiert, dafs ein viel gröfserer Hautbezirk lupös erkrankt war; ein grofser Teil der Nase und der rechten Wange liefs eine starke Reaktion erkennen. Nach einer tiefgehenden Skarifikation der erkrankten Hautpartie wurde mit Finsenbehandlung begonnen. Es ergab sich eine rasch zunehmende Besserung, deren Fortschreiten durch zwei weitere, in gröfseren Zwischenpausen vorgenommene Tuberkulininjektionen objektiv festgestellt wurde. Die Verfasser zweifeln nicht, dafs durch Fortführung der Lichtbehandlung der Fall vollständig geheilt wird.

Einen ausgesprochenen Gegensatz zu diesem Falle bildet ein anderer, in dem ein anfänglich kleiner, umschriebener Lupus am Kinn im Verlaufe mehrerer Jahre von verschiedenen Ärzten mit Thermokauterisierung, Kurettierung und Galvanokauterisation, mit homöopathischen Mitteln, mit Salben, Pasten und Pulvern, mit Kaliumpermanganat, Ektogan und Perubalsam, mit Injektionen von Natrium cacodylicum und endlich noch mit einer Diätkur behandelt worden war und unter diesen Mafsnahmen sich über einen grofsen Teil des Gesichts ausgebreitet hatte. Die Verfasser fanden einen ausgebreitetan Lupus hypertrophicus vor; inmitten der erkrankten Hautpartie waren zahlreiche keloidartige Narbenstränge vorhanden, die ebenso wie die ganze Umgebung auf eine Tuberkulininjektion deutliche Reaktion zeigten. Nach der ganzen Sachlage erschien eine Heilung unmöglich, die Verfasser versuchten nur, anfänglich durch Finsen-, dann durch Röntgenbehandlung eine weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhüten.

Der Fall lehrt, wie verhängnisvoll es ist, wenn ein beginnender, kleiner, circumskripter Lupus nur mit Palliativmitteln behandelt und nicht radikal beseitigt wird; da in derartigen Fällen die Exzision sicher und definitiv Heilung bringt, ist es ein schwerer Fehler, Methoden anzuwenden, die wie die Thermo- und Galvanokauterisierung und die Behandlung mit Ätzmitteln in ihren Erfolgen höchst unsicher sind und überdies infolge der entstehenden Narben die Wirkung einer späteren Finsen- oder Röntgenbehandlung stark beeinträchtigen. Was speziell die Behandlung mit Kaliumpermanganat, die in jüngster Zeit in Frankreich viel empfohlen wird, betrifft, so scheint sie lediglich eine allerdings sehr gute Vorbehandlung für die Lichttherapie in Fällen von Lichen hypertrophicus darzustellen. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

4. Jahrgang 1907. Nr. 21.

1. **Erfolge der raschen elektrolytischen Dilatation bei den Harnröhrenverengerungen,** von H. Minet-Paris. Die rasche elektrolytische Dilatation läfst sich nicht bei allen Arten von Harnröhrenverengerungen anwenden. Am wenigsten eignet sie sich zur Behandlung der traumatischen Strikturen, mit Ausnahme der Fälle, in denen nur eine partielle Ruptur der Urethra erfolgt ist. Von den Strikturen, die mehr durch periurethrale, sklerotische Herde als durch Veränderungen des Harnröhrenkanals selbst bedingt sind, erscheinen nur diejenigen für das Verfahren geeignet, in denen ausschliefslich ganz frische periurethrale Knoten bestehen. Am meisten Aussicht bietet die rasche elektrolytische Dilatation da, wo nur einzelne kurze, nicht durch urethrale Eiterungen komplizierte Verengerungen im perinealen oder bulbären Harnröhrenteil vorliegen; aber auch bei langen, dichten Strikturen, selbst wenn sie im kavernösen Abschnitt der Urethra liegen, sind die Resultate befriedigend, vorausgesetzt, dafs keine Komplikationen bestehen und die Einführung von Kathetern ohne

grofse Schwierigkeit gelingt. Die Prognose ist auch in den für das Verfahren an sich geeigneten Fällen weniger gut, wenn früher schon ohne genügenden Erfolg wiederholt die lineäre Elektrolyse oder die Urethrotomie ausgeführt worden ist. Wie alt die Veränderungen sind, ist ziemlich gleichgültig. Auch die Enge der Striktur ist für das Resultat ohne Bedeutung; ist eine Striktur so eng, dafs die Einführung der dünnen Leitsonden nicht gelingt, dann mufs zunächst ein filiformer Verweilkatheter für 24—48 Stunden eingelegt werden, wie wenn es sich um eine durch Harnretention komplizierte Striktur handelte. Etwaige akute entzündliche Erscheinungen kontraindizieren das Verfahren.

In den geeigneten Fällen erzielt man mit der raschen elektrolytischen Dilatation schon in der ersten Sitzung eine beträchtliche Erweiterung der Harnröhre. Das Verfahren, das zu diesem Resultate führt, ist folgendes: Nach vorausgegangener Untersuchung mit elastischen Bougies und Reinigung der Harnröhre durch Spülungen wird mit Hilfe einer ganz feinen Leitsonde ein Béniquésches Bougie etwa Nr. 20 mit einem Strom von höchstens 4—5 Milliampères eingeführt. Hat die verengte Stelle keinen nennenswerten Widerstand geleistet, dann wird an der Leitsonde ein Béniqué Nr. 30 oder 32 angebracht und durchgeführt und schliefslich ein drittes Bougie etwa Nr. 40, dieses mit 10 Milliampères; darauf wird mit einem dünneren elastischen Katheter eine Spülung der Blase und der Urethra vorgenommen. Mit der Erweiterung tritt sofort eine Besserung der funktionellen Störungen ein. Die entzündlichen Erscheinungen, die manchmal folgen und zuweilen selbst die Einführung eines Katheters für einige Tage unmöglich machen, sind ohne Bedeutung und verschwinden rasch wieder. Acht Tage nach der ersten Sitzung findet eine zweite statt, bei der bis zu Nr. 48—50 erweitert wird; ihr folgt eine oder mehrere Wochen später eine dritte, bei der man bis zu Nr. 55 gelangt. Dann kann, wenn es wünschenswert erscheint, in gröfseren Zwischenräumen noch eine weitere langsame elektrolytische Dilatation nach der Methode von Desnos vorgenommen werden. Regel bei dem ganzen Verfahren ist, um so langsamer vorzugehen, je mehr man sich dem normalen Kaliber der Urethra nähert, und in jeder Sitzung nur die Bougienummern einzuführen, welche die Striktur rasch und leicht passieren. Die Zahl der anzuwendenden Milliampères richtet sich nach der Dauer der Applikation des Stromes und der gröfseren oder kleineren Oberfläche des eingeführten Bougies.

Die Dauerresultate der in wenigen Sitzungen durchzuführenden raschen elektrolytischen Dilatation der Harnröhrenstrikturen sind den Erfolgen der gewöhnlichen Dilatationskuren und der langsamen zirkulären Elektrolyse durchaus gleichwertig. Überdies kann durch das Verfahren häufig eine Urethrotomia interna vermieden werden, sowohl in Fällen, in denen die einfache Dilatation nicht genügt, wie auch da, wo die Schwere der bestehenden funktionellen Störungen eine rasche Erweiterung des Harnröhrenkanals verlangt.

2. **Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen,** von Barthélemy Guisy-Athen. Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen tritt zuweilen bei robusten, zur Tuberkulose anscheinend nicht disponierten, erblich nicht belasteten und in guten hygienischen Verhältnissen lebenden Menschen infolge eines Traumas, einer traumatischen Entzündung, einer Blennorrhoe oder einer andauernden lokalen Reizung auf. Ferner kann Atrophie oder operative Entfernung der Hoden isolierte primäre Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen, wie auch Phthise überhaupt zur Folge haben. Das beweist, dafs „die Hoden nicht nur Sperma, sondern auch eine andere Substanz absondern, die durch ihren Einflufs auf den Körperhaushalt dem Manne Gesundheit gibt. Die normale Beschaffenheit und Unversehrtheit der Hoden hält das Gleichgewicht zwischen den geistigen und körperlichen Kräften aufrecht. Fehlen,

Erkrankung oder Atrophie der Hoden rufen dagegen im Organismus Entkräftung, Schwächung oder sogar lokale oder allgemeine Phthise hervor".

Von der Behandlung der Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen mit interstitiellen Injektionen hat G. niemals irgendwelchen Erfolg gesehen. Er empfiehlt energisches operatives Vorgehen. Bei isolierter primärer Tuberkulose der Prostata macht er die Prostatektomie oder eine Inzision mit nachfolgender Ausschabung und Thermokauterisierung und entfernt dann auch stets die anscheinend gesunden Samenblasen; bei isolierter primärer ein- oder doppelseitiger Samenblasentuberkulose exzidiert er beide Samenblasen und Prostata und reseziert überdies die Vasa deferentia; bei isolierter primärer Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen endlich exstirpiert er Prostata, Samenblasen, Vasa deferentia und Nebenhoden, so dafs nur die Hoden übrig bleiben. Bestehen neben der Tuberkulose der Prostata und der Samenblase auch tuberkulöse Veränderungen der Harnblase, dann eröffnet G. die Blase, reinigt und kauterisiert die Blasenschleimhaut und entfernt vom Perineum aus Prostata und Samenblasen. Ist aufser der Prostata und den Samenblasen auch eine Niere tuberkulös erkrankt, dann wird die Nephrektomie und nach eingetretener Heilung die Entfernung der Prostata und der Samenblasen vorgenommen. In Fällen endlich, in denen Prostata, Samenblasen, Harnblase und Nieren tuberkulöse Veränderungen aufweisen, ist ein Eingriff nicht möglich; man mufs sich bei solchen Kranken auf allgemeine Behandlung und Instillationen von Guajakol-, Gomenol-, Kreosotöl usw. in die Blase beschränken. In allen Fällen von primärer Tuberkulose der Prostata wäre es das beste, in den Anfangsstadien zu operieren, noch bevor es zur Erweichung und Verkäsung der tuberkulösen Herde gekommen ist; aber zu dieser Zeit ist die Diagnose nur selten möglich, da das charakteristische Zeichen der Prostata-Samenblasentuberkulose, Erektionen mit Ejakulation blutiger Massen, nur in wenigen Fällen sich einstellt.

3. **Über die Unverträglichkeit des Quecksilberoxycyanids mit Jodkalium,** von André-Nancy. Wenn bei Leuten, die innerlich Jodkalium nehmen, Harnröhren- oder Blasenspülungen mit Quecksilberoxycyanid oder Quecksilbercyanid gemacht werden, dann treten heftige cystitische Erscheinungen, unerträgliche Schmerzen, bebeutende Vermehrung und Erschwerung der Harnentleerungen und selbst Hämaturien auf. Jodkalium wird bekanntlich rasch mit dem Urin ausgeschieden; in der Blase bleiben stets Spuren von Jod zurück, und es bildet sich, wenn Quecksilbercyanid oder Quecksilberoxycyanid dazu kommt, Quecksilberbijodid, das stark ätzend wirkt. A. beobachtete die Symptome einer schweren Cystitis bei zwei Kranken, die ohne sein Wissen Jodkalium gebrauchten, während er Blasenspülungen mit Quecksilbercyanid vornahm; er rät daher, bei Patienten, bei denen solche Spülungen gemacht werden sollen, sich stets darüber zu informieren, ob sie nicht Jodkalium nehmen.

4. **Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen,** von George Fleig. Fl. hat bisher zwei Fälle von Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen behandelt; bei dem einen Kranken wurde durch 14, im Laufe von neun Monaten vorgenommene Bestrahlungen Heilung, bei dem anderen durch vier Bestrahlungen wesentliche Besserung erzielt. Wenn Schlagintweit bei der Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen zahlreiche Mifserfolge zu verzeichnen hatte und Moskowicz in einem Falle eine Epididymitis, in einem anderen eine schwere hämorrhagische Cystitis auftreten sah, so liegt das an der von ihnen angewandten Technik; sie liefsen nämlich die Strahlen nicht wie die anderen Autoren vom Perineum, sondern mittels eines eigens konstruierten Spekulums vom Rektum aus einwirken, eine Art der Bestrahlung, die in der Tat einerseits unzulänglich, andererseits gefährlich ist. — Fl. zieht aus seinen Beobachtungen und den in der Literatur mitgeteilten Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Die Prostatahypertrophie wird durch Röntgentherapie in günstigem Sinne beeinflufst, es kommt zur Atrophie der Drüse.

2. Man läfst die Strahlen am besten vom Perineum aus einwirken. Um die individuelle Empfindlichkeit des einzelnen Kranken gegenüber den Röntgenstrahlen festzustellen, soll in der ersten Sitzung nicht über $2^1/_2$—3 Holzknechtsche Einheiten hinausgegangen werden, und auch bei den folgenden Sitzungen appliziert man höchstens fünf Einheiten. Stets müssen harte Röhren gebraucht werden, die angewandten Strahlen sollen am Benoistschen Radiochronometer die Ziffer 7—8 anzeigen. Die Bestrahlungen werden in Zwischenräumen von zwei bis drei Wochen vorgenommen und bis zum Verschwinden aller anatomischen Veränderungen und funktionellen Störungen fortgesetzt.

3. Indiziert ist die Röntgentherapie in allen Fällen von Prostatahypertrophie mit Ausnahme derjenigen, in denen wegen äufserer Verhältnisse oder wegen der Schwere der funktionellen Störungen rasche Heilung nötig erscheint; in solchen Fällen ist operatives Eingreifen angezeigt. *Götz-München.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1907. Nr. 7—9.

Das Heft enthält den ersten Teil der in der dermatologischen Sektion des letzten Kongresses der polnischen Naturforscher und Ärzte in Lemberg gehaltenen Vorträge.

1. **Die Behandlung der Syphilis im Lichte neuerer Untersuchungen**, von Wlodzimierz Lukasiewicz-Lemberg. Die hauptsächlich auf klinischen Tatsachen basierende Syphilistherapie erhielt eine wesentliche Stütze in den Ergebnissen der modernen experimentellen Syphilisforschung. Der Befund der Spirochaeta pallida in den Initialsklerosen ermöglicht uns oft die sichere Diagnose derselben bevor noch charakteristische Lymphdrüsenschwellungen nachweisbar sind; in solchen Fällen soll eine energische Vernichtung (Exzision, Kauterisation) der Sklerosen vorgenommen werden. Leider suchen die meisten Kranken erst viel später den ärztlichen Rat, wo die Vernichtung des Primäraffektes schon ganz aussichtslos erscheint; da bleibt nichts anderes übrig, als die Sklerose lokal zu behandeln, und zu solcher Behandlung eignet sich am besten ein lange Zeit appliziertes Quecksilberpflaster; die von Thalmann empfohlenen Sublimatinjektionen unter die Sklerose scheinen dem Verfasser überflüssig und insofern gefährlich zu sein, als sich an der Injektionsstelle leicht Gangrän bilden könnte. — Die ätiologische Behandlung nach Kraus und Spitzer wird vom Verfasser mit Neisser für aussichtslos erklärt. — Was die Behandlung mit hohen Dosen von Atoxyl anbelangt, ist Verfasser nach dem Ergebnis eigener Untersuchungen zur Überzeugung gekommen, dafs dasselbe keinesfalls das Quecksilber vertreten kann; das Atoxyl wirke vielmehr hauptsächlich als roborans und wäre dessen Anwendung in schweren Luesfällen zugleich mit Quecksilber wohl angezeigt. — Die parasitizide Wirkung des Quecksilbers auf das Syphilisvirus wurde durch die Affenversuche Neissers bestätigt. Bezüglich der Frage, wann mit der Quecksilbertherapie begonnen werden soll, spricht sich Verfasser auf Grund eigener Erfahrung mit Entschiedenheit gegen die sofortige Anwendung des Quecksilbers nach Konstatierung des Primäraffektes, vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen aus. Die erste Kur mufs möglichst energisch ausfallen, aber auch späterhin soll das Quecksilber ausgiebig und lange angewendet werden. Ein diesbezügliches Schema — etwa nach Fournier — anzugeben, hält Verfasser für falsch, da sich die Behandlung immer nach dem Individuum richten mufs. — Was die Art der Quecksilberanwendung anbelangt, spricht sich Verfasser ziemlich

skeptisch über die Injektionen der üblichen unlöslichen Präparate aus; die Hauptmängel derselben liegen in den zur Emulsion angewandten Vehikeln, und deshalb bilde die aus der Klinik Verfassers von Leszczynski empfohlene Sesamölemulsion diesbezüglich einen wesentlichen Fortschritt. Nach wie vor betrachtet aber Verfasser für die energischeste und sicherste Methode der Quecksilbertherapie die Einreibungskur, wohl gemerkt, wenn sie sorgfältigst durchgeführt wird; es scheint dabei, daſs die von Patienten selbst ausgeführten Einreibungen energischer einwirken, als die von Masseuren gemachten. Wo die Einreibungskur undurchführbar ist, in den Pausen zwischen zwei energischen Kuren, zur raschen Beseitigung der Rezidive, wendet Verfasser die Injektionen des Sublimats an, und zwar nach der allgemein bekannten vom Verfasser in 90er Jahren eingeführten Methode ($^1/_4$—$^1/_2$ ccm einer 10 % oder 20 %igen Sublimatlösung wird einmal wöchentlich intramuskulär eingespritzt). Die lokale Reaktion des Exanthems auf die Quecksilberdarreichung tritt dabei viel energischer auf, als nach Anwendung der Einreibungen oder Einspritzungen unlöslicher Präparate. — Indikation zur Jodanwendung in der Sekundärperiode geben die Erkrankungen des Periostes, der Gelenke, der Sehnen und der Muskeln und die dolores osteocopi. — Die Entscheidung über den Wert der Immunisierungsversuche gegen die Syphilis muſs der Zukunft überlassen werden.

2. **Zur Frage des Ikterus im Frühstadium der Syphilis**, von Andrzej Buraczynski - Lemberg. Verfasser leitet seit zwei Jahren die syphilitische Abteilung des Militärspitals in Lemberg und hat während dieser Zeit daselbst vier Fälle von Icterus syphiliticus beobachtet. Zwei Fälle waren benigner Natur, der Ikterus trat hier während der Eruption der Sekundärerscheinungen auf und schwand kurz nach Beginn der Quecksilberkur; die Leber war dabei normal, das Allgemeinbefinden gut, von seiten der Verdauungsorgane keine Störungen, Stühle nicht acholisch. Demgegenüber endeten die zwei anderen Fälle letal. In beiden handelte es sich nach den Sektionsprotokollen um eine akute gelbe Leberatrophie.

Die histologische Untersuchung ergab, daſs die Veränderung in einem dieser Fälle bereits länger gedauert hat, so daſs stellenweise eine Tendenz zur Regeneration zu konstatieren war; der Verlauf im anderen Falle war stürmisch. Die fleiſsige Suche nach Spirochäten in Schnittpräparaten blieb erfolglos, Verfasser glaubt deshalb, daſs die weitgehenden Veränderungen in der Leber wahrscheinlich nicht durch die Spirochäten allein, sondern vielmehr durch deren Toxinprodukte verursacht werden.

3. **Neue Vehikel für Quecksilberprodukte**, von Roman Leszczynski-Lemberg. Von der Erwägung ausgehend, daſs die Injektionen der Quecksilberemulsionen in Paraffingrundlagen immer mit Gefahr einer Quecksilberaufspeicherung und Quecksilbervergiftung verbunden sind, daſs sie in der Regel schmerzhaft sind und sehr oft schmerzhafte Schwellungen und Infiltrate zurücklassen, hat Verfasser nach einem leichter resorbierbaren Vehikel gesucht und dasselbe im Sesamöl gefunden, das bekanntlich die Hauptgrundlage des Jodipins bildet. Verfasser hat das Oleum sesami einstweilen zur Bildung der Emulsionen vom Hydrargyrum salicylicum und Hydrargyrum metallicum verwendet. Das erstere wird nach folgender Formel verfertigt:

℞ *Hydrargyri salicylici* 1,00
Olei sesami sterilisati 10,00,

und wird davon jeden fünften Tag eine Pravazspritze intramuskulär injiziert.

Die Verfertigung der Emulsion des metallischen Quecksilbers geschieht nach der Formel:

℞ *Hydrargyri redestillati* 4,00
Olei palmae sterilisati 20 ccm
Olei sesami sterilisati 20 ccm.

Diese Emulsion wird (vom Apotheker L. Wiewiórski in Lemberg unter dem Namen „Cinerol") so hergestellt, daſs jeder von den drei Bestandteilen einzeln sterilisiert wird, dann nach Abwägung der erforderlichen Mengen das Quecksilber zuerst mit einer geringen Menge des Palmenkernöls, dann mit dem Rest desselben und mit Sesamöl verrieben wird. 1 ccm der Emulsion (ein Pravazspritze) enthält genau 0,1 metallisches Quecksilber und wird jeden fünften Tag intramuskulär injiziert.

Die mit beiden Emulsionen in der Klinik von Lukasiewicz gewonnenen Resultate zeugen von der Schmerzlosigkeit der Einspritzungen, die den eminenten Vorteil der auffallend schnellen Resorbierbarkeit und des Fehlens irgendwelcher Infiltrate nach denselben besitzen.

4. **Aus eigenen Beobachtungen im Bereiche a) der Röntgen-, b) der Radium- und c) der Phototherapie,** von A. Kozevski und S. Górkiewicz-Warschau.

Die umfangreiche Arbeit enthält wertvolle Beobachtungen, die von Verfassern in der von Kozevski geleiteten, mit besten Belichtungsapparaten und neuesten Kontrollinstrumenten versehenen dermatologischen Anstalt gemacht worden sind. Dem inhaltsreichen Texte entnehmen wir nur die Resultate, die durch Anwendung der Lichttherapie bei verschiedenen Krankheiten erzielt wurden.

A. Röntgentherapie. I. Gruppe der oberflächlichen Entzündungen. 1. Acne vulgaris. Dosis: 3 H. im Gesicht, 5 H. im Nacken. Die Erfolge in 24 Fällen übertreffen weit in bezug auf Schnelligkeit und Bequemlichkeit der Heilung, die mit allen äuſseren Mitteln erzielten. Insbesondere eigne sich die Röntgentherapie zur Behandlung der Jod- und Bromakne. 2. In drei Fällen von langdauernder, immer rezidivierender Hydradenitis axillaris suppurativa wurde vollkommene Heilung in 24 Stunden nach einer Sitzung (3—4 H.) erzielt. 3. Von sieben Fällen des Ekzema vesiculosum war der Erfolg insbesondere bei zwei hochgradig hartnäckigen auffallend gut. Verfasser glauben auch, daſs die Röntgentherapie in Fällen von Ekzem, die anderen Behandlungsmethoden trotzen, wohl angezeigt erscheine. Dosis zirka 3 H. 4. In 15 Fällen von hartnäckiger Sykosis staphylogenes barbae erzielten Verfasser eine vollkommene vorübergehende Epilation. Einige Tage nach der Belichtung kam es zur Exacerbation der Entzündung, der aber ein vollkommener Rückgang der Infiltrate folgte. In fünf Fällen traten Rezidive auf; dreimal wurde eine abermalige, auch diesmal vorübergehende, Epilation vorgenommen, ein Fall davon rezidivierte zum zweiten Male.

II. Gruppe der infektiösen Granulome. 1. Lupus vulgaris wurde in 73 Fällen behandelt. Die Dosis betrug anfangs 4 H., dann 3 H. Die Resultate lehren, daſs sich hier die Röntgentherapie nur zur Vorbehandlung eignet, der die Behandlung nach Finsen oder mit Radium folgen soll. 2. In acht Fällen von Scrophuloderma genügten 3—4 H. zum Hervorrufen einer stärkeren Eiterung, der eine rasche Heilung folgte. 3. Tuberkulöse Geschwüre kamen zweimal zur Behandlung. In einem Falle wurde nach zwei Sitzungen à 3 H. vollkommene Heilung erreicht; der andere, sehr schwere Fall, besserte sich nur teilweise. 4. In drei Fällen von Folliclis schwanden die Effloreszenzen nach sieben Tagen, rezidivierten aber dann wieder. 5. In zwei Fällen von Lupus erythematosus war der Erfolg nur ein vorübergehender. 6. Von zehn Fällen der Lymphadenitis tuberculosa ist die Behandlung nur in sieben Fällen vollendet, und zwar mit günstigem Resultate; die Drüsen gingen, wenn auch langsam, vollkommen zurück. Dosis: 3—5 H. 7. In zwei Fällen von Tuberkulose der Nebenhoden hat die Röntgentherapie keinen günstigen Erfolg aufzuweisen; in einem derselben, der längere Zeit belichtet wurde, ist Azoospermie eingetreten. 8. In einem Falle von Rhinosklerom erzielten Verfasser eine langsam fortschreitende Besserung (5 H.), doch entzog sich Patient der weiteren Beobachtung.

9. Auch in Fällen von luetischen Geschwüren, die der spezifischen Behandlung trotzten, wurden X-Strahlen versucht. In drei Fällen war das Resultat günstig, in einigen anderen negativ.

III. In einem Falle von Mykosis fungoides begannen die Tumoren bereits nach fünf Tagen (2—3½ H.) sich zurückzubilden und sind nach drei Wochen geschwunden. Mehrere Monate blieb Patient rezidivfrei; in der letzten Zeit sind angeblich einzelne Effloreszenzen aufgetreten und Patient soll abermals die Behandlung durchmachen.

IV. Bindegewebige Neubildungen. 1. Sarkome reagieren prompt auf X-Strahlen. Manche verschwinden unglaublich schnell, desto schneller, je oberflächlicher sie liegen. Die besten Resultate liefern die idiopathischen Sarkome ohne Metastasen in den inneren Organen. Aber auch tief gelegene Sarkome werden von der Behandlung beeinflufst. In einem Falle von Sarcoma mediastini besserten sich wesentlich alle Krankheitserscheinungen nach jeder Belichtung. Sogar in einem Falle von Osteosarcoma humeri wurde wesentliche Besserung erzielt. 2. Von den Neubildungen und Entzündungen, in denen es sich um therapeutische Hervorrufung einer Entzündung in den Gefäfsen behufs nachfolgender Obliteration handelt, belichteten Verfasser nur wenige Fälle von Angiomen und zwölf Fälle von Acne rosacea (3—4 H., eventuell dann 5 H.) mit sehr gutem Erfolg. 3. Von 14 Fällen von Ekzema chronicum cum lichenificatione ist die Behandlung in acht Fällen ganz resultatlos geblieben; ebenso erfolglos war sie in Fällen von Neurofibrom, Keloid, Dermatitis papillaris KAPOSI und Acne keloidea.

V. Trichophytien. Gestützt auf grofse diesbezügliche Erfahrung kommen Verfasser zur Überzeugung, dafs die Röntgentherapie des Herpes tonsurans und des Favus capillitii einen sehr grofsen Fortschritt in bezug auf die Schnelligkeit, Schmerzlosigkeit und Dauerhaftigkeit der Heilung bedeutet. Die Epilation einzelner Herde ist, was Nachwuchs der Haare anbelangt, ganz gefahrlos. Aber ebenso gefahrlos ist auch die kombinierte Belichtung des ganzen Kopfes, doch mufs hier die Berechnung der Dosis in jedem einzelnen Falle stattfinden. Verfasser behandelten auf diese Weise 150 Fälle und wissen über das weitere Schicksal von 140 zu berichten. 128 blieben rezidivfrei; sieben Fälle von Favus und fünf Fälle von Trichophytie rezidivierten und wurden dann teils total, teils herdweise wieder epiliert.

VI. Parakeratosen. 1. In fünf Fällen von Ekzema tyloticum und Tylosis gingen die Hyperkeratosen nach einer Belichtung (2½—3 H.) in zwei bis drei Wochen gänzlich zurück, zeigten sich aber in zwei Fällen nach einem Monate wieder. In sechs Fällen von sehr ausgebreitetem Ekzema tyloticum mit tiefen Rhagaden wurde nach zwei Belichtungen zu je 2 H. (in Intervallen von drei Wochen) Heilung erreicht und nach weiteren drei Monaten kein Rezidiv beobachtet. In zwei Fällen von Ekzema orbiculare folgten dagegen der Heilung rasch eintretende Rezidive nach. 2. Psoriasis bietet eines der dankbarsten Gebiete der Röntgentherapie; obwohl dieselbe, wie alle anderen Methoden, nur einen palliativen Erfolg aufzuweisen vermag, übertrifft sie die letzteren durch Bequemlichkeit und Schnelligkeit der Heilung. Die Dosis mufs den einzelnen Fällen angepafst werden; in frischen Fällen genügen 2 H, in älteren 3—4 H. 3. In vier Fällen von Alopecia praematura seborrhoica wurden die X-Strahlen (in geringen Dosen von 2 H.) erfolglos versucht; von neun Fällen der hartnäckigen Alopecia areata wurde mit 4—5 H. nur in drei Fällen Erfolg erreicht; von fünf Fällen der Dystrophia unguium wurden zwei Fälle nach zwei Monaten geheilt.

VII. Krebse wurden von Verfassern in 95 Fällen mit X-Strahlen behandelt. Die Resultate lehren, dafs die oberflächlich gelegenen Krebse am leichtesten der

Röntgentherapie zugänglich sind und die besten Resultate liefern. Verfasser erzielten aber auch in einigen Fällen von tiefen Carcinomen, sogar von Knochenkrebsen, wesentliche Besserung, abgesehen von der grofsen, stets wahrnehmbaren Schmerzlinderung. In einem Falle von Carcinom der Orbita konnte trotz mehrmaliger Belichtung mit der Dosis von 20 H.! keine nachteilige Einwirkung auf das Auge bemerkt werden.

B. Radiumbehandlung wurde von Verfassern mit sehr guten, teilweise geradezu glänzenden Resultaten angewendet: 1. In 58 Fällen von Lupus vulgaris, und zwar meistens zur Beseitigung der einzelnen Knötchen, die nach Röntgen- eventuell Finsentherapie zurückgeblieben sind. 2. In einem verzweifelten Falle von tuberkulösen Geschwüren der Innenfläche der beiden Oberlider. 3. In sieben Fällen von Lupus erythematodes. 4. In vielen Fällen von Teleangiektasien, Naevus vasculosus planus und Angiokeratosen. 5. In mehreren Fällen von Verrucae corneae multiplices, Epitholioma perlé, Ulcus rodens und Carcinoma labii oris (bei Carcinoma exulceratum labii oris war die Heilung nur oberflächlich, das Weiterschreiten der Neubildung in die Tiefe blieb unbeeinflufst). 6. In acht Fällen von Naevus pigmentosus planus wurde zwar Heilung erreicht, aber im Wege einer oberflächlichen Ulceration. In vier Fällen von Keloid konnte eine teilweise Besserung konstatiert werden, aber erst nach einer sehr starken Reaktion.

C. Phototherapie wurde von Verfassern mit Zuhilfenahme der Dermo-, der Finsen-Reyn- und der Kromayerschen Lampen geübt. Die Dermolampe wurde in 14 Fällen von Lupus vulgaris angewendet; deren Wirkung war in der Regel schwach und oberflächlich; nur in einem Falle von Lupus tuberosus exulceratus wurde damit vollkommene Heilung erreicht. Die Finsen-Reyn-Lampe wenden Verfasser ausschliefslich zur Behandlung des Lupus vulgaris und erythematosus an. Von 29 Fällen sind sechs vollkommen geheilt worden und rezidivfrei geblieben. — Die besten Resultate lieferte die Kromayersche Lampe. In 37 Fällen von Lupus vulgaris bildeten sich die alten, ausgebreiteten, hartnäckigen Herde schnell und schön zurück. Auch in einem Falle von Lupus erythematodes war die Besserung sehr rasch. Von 16 Fällen der Alopecia areata trotzten der Behandlung nur diejenigen, die mit schweren zentralen Störungen verbunden waren. Ein Fall von Lichen Vidal heilte vollkommen. Erfolglos war die Belichtung der Fälle von Vitiligo, Psoriasis und Ekzema orbiculare oris.

5. **Über kombinierte Behandlung des Lupus vulgaris**, von Robert Bernhardt-Warschau. Verfasser teilt die sehr günstigen Resultate mit, die er mittels kombinierter Behandlung des Lupus vulgaris in 52 Fällen erzielte. Den ersten Teil der Behandlung bildet die Vorbehandlung mit alten Methoden (Excochleation, Inzision, Kauterisation), den zweiten, die Lichtbehandlung, vorzugsweise die Röntgentherapie. Die letztere besteht in der Regel in der ein- bis zweimaligen Anwendung von 4—5 H., der nach 16—20 Tagen die Dosis von 2—3 H., und nach weiteren vier Wochen 4—5 H. folgen. Die zurückbleibenden lupösen Herde werden nach Finsen entfernt; die Kromayersche Lampe liefert diesbezüglich ausgezeichnete Resultate. Auch Radium wird ab und zu benutzt; Verfasser mahnt aber dabei zur Vorsicht, da nach stärkeren Reaktionen hartnäckige Ulcerationen vorzukommen pflegen. — Mehrere Photogramme illustrieren die Resultate Verfassers. — In der letzten Zeit wendet Verfasser die Röntgenbehandlung zur Therapie des Lupus und der Tuberkulose des Kehlkopfes an und ist mit den bisherigen Erfolgen sehr zufrieden; er wendet dabei die Dosis von 4—5 H. in dreiwöchentlichen Intervallen an.

6. **Die Eugallolbehehandlung des Lupus vulgaris**, von Józef Swiatkiewicz-Lemberg. Ausführlicher Bericht über die sehr schönen Resultate der Eugallolbehandlung

des Lupus vulgaris, die Verfasser bereits in 44 Fällen anwenden konnte. Die Methode wurde schon früher vom Verfasser veröffentlicht und in diesen Heften (Bd 45, Nr. 1) referiert.

7. **Über Abortivbehandlung der Blennorrhoe,** von Roman Leszczynski-Lemberg. Nach Erörterung der bisher üblichen Methoden der Abortivbehandlung des Trippers bespricht Verfasser die eigenen Resultate, die er in zwölf Fällen erzielte und auf Grund welcher er zu folgenden Rückschlüssen gelangt:

1. Zur Abortivbehandlung eignen sich alle Tripperfälle bis zum dritten bis fünften Tage nach der Infektion, wenn der Ausfluſs gering, nicht intensiv gelb, serös oder schleimig-serös ist, wenn das Orificium nicht schmerzhaft, geschwollen oder gerötet erscheint und wenn die Gonokokken extracellulär liegen und der Ausfluſs hauptsächlich aus Epithelien besteht. Der profuse, dickflüssige, grüne Eiter, das schmerzhafte, geschwellte und gerötete Orificium bilden eine Kontraindikation der Abortivbehandlnng.

2. Was die Methode der Abortivbehandlung anbelangt, gelte vor allem das Motto: „Non nocere“. Am geeignetsten scheint dem Verfasser die Anwendung des 15%igen Novargans (nach Lucke) zu sein. Das Mittel soll in möglichst reichlicher Quantität und unter einem gewissen Drucke eingeführt werden und auf die Harnröhre drei bis fünf Minuten einwirken. Die Injektion wird am ersten Tage einmal ausgeführt und innerlich Gonosan dargereicht; am zweiten Tage wiederholt Verfasser die Einspritzung des 10—15%igen Norvargans und empfiehlt auſserdem den Patienten, falls die Erscheinungen noch ziemlich heftig sind und Gonokokken vorhanden, sich zu Hause Injektionen mit $^1/_4$—$^1/_2$%igem Novargan zu machen. Sind Gonokokken noch am dritten Tage vorhanden, rät Verfasser von der weiteren Abortivbehandlung abzusehen und zu der regelmäſsigen antiseptischen Therapie überzugehen.

Die Nützlichkeit der prophylaktischen Einspritzungen nach Blokuszewski und anderen verneint Verfasser aus zwei Gründen: sie wirken nicht sicher und können bei längerem Gebrauch zu sehr hartnäckigen, ja unheilsamen Urethralkatarrhen Anlaſs geben. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Bücherbesprechungen.

Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Alfred Blaschko und Max Jacobsohn-Berlin. (Berlin 1907, H. Kornfeld.) In diesem handlich und geschickt zusammengestellten Taschenbuche geben die Verfasser die Erfahrungen kund, welche sie persönlich in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten gemacht haben. Und darin liegt gerade der Wert des Buches, nicht was andere als nützlich angeben, nicht eine erschöpfende Aufzählung aller Mittel, welche für die oder jene Hautkrankheit von irgendeiner Seite vorgebracht werden, nein, nur eigenes Erprobtes wird in sorgfältiger Erwägung dem Suchenden vorgeführt, damit auch er seinerseits nachprüfen kann, was die Verfasser als nützlich fanden. Liegt auch in der Form eine gewisse Einseitigkeit, so kann man dieselbe in dem Falle nur billigen und gutheiſsen, denn eine immerhin einseitige praktische Erfahrung ist stets einer allseitigen theoretischen Vielrederei vorzuziehen, denn in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister, und wer versteht, mit einer kleinen Anzahl wirklicher wertvoller Heilmittel richtig zu arbeiten, leistet mehr, als derjenige, der einen groſsen

Schwall unverdauter Mittel nur nach den Aussagen anderer ins Treffen führt. Was die Einteilung des Buches betrifft, so enthält die allgemeine Therapie die Grundformen der Medikationen: Puder, Linimente und Firnisse, Salben, Pflaster, Seifen, Umschläge, Bäder und einen Überblick über einige der am häufigsten in der Dermatotherapie gebrauchten Heilmittel, wie indifferente Puder, antibakterielle und desinfizierende Mittel, Ätzmittel, anästhesierende, juckstillende, reduzierende, adstringierende und innere Mittel und einen Anhang über physikalisch-mechanische und Lichtbehandlung. Die spezielle Therapie unterscheidet dann die einzelnen Hautkrankheiten und die Geschlechtskrankheiten, speziell Blennorrhoe, Ulcus molle, Bubo und Syphilis.

Alles in allem ein gutes Büchlein für Studierende und Praktiker.

Bernhard Schulze-Kiel.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph-Berlin. II. Teil: Geschlechtskrankheiten. (Leipzig 1907, Georg Thieme.) Die fünfte Auflage ist der vierten in noch nicht drei Jahren gefolgt, ein Beweis für die Beliebtheit des Josephschen Lehrbuches. Und in der Tat verdient es wegen seiner klaren und knappen Form, die doch nichts Wesentliches vermissen läfst, seinen Ruf. Dafs die Auflage nicht nur verbessert, sondern auch wesentlich vermehrt worden ist, ist ja ganz selbstverständlich, haben sich doch in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Syphilis grofse und welterschütternde Umwandlungen vollzogen, die ja selbstverständlich in der neuen Auflage ihre Berücksichtigung gefunden haben, denn die ätiologische und experimentelle Erforschung auf dem Gebiete der Syphilis hat ja so bedeutende Aufschlüsse gegeben, dafs über den Erreger der Syphilis jetzt wohl ebensowenig Zweifel mehr bestehen wie über die Möglichkeit der Übertragung dieser Krankheit auf die Tiere. Alles, was bisher als feststehende Tatsache in bezug auf die Pathologie der Lues anerkannt worden ist, ist in der Neuauflage berücksichtigt worden. Möge das Buch sich seiner grofsen Beliebtheit weiter erfreuen, es ist trotz der Vermehrung handlich und bequem für jeden Lernenden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufende Streptokokkenconjunctivitis nach Masern, von Gerh. Schumacher-Kiel. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1907. Nr. 32.) Bei einem zweijährigen Kinde, das vor 14 Tagen Masern gehabt hatte, trat an der Brust, am Kinn und an der ganzen linken Gesichtshälfte eine typische Impetigo contagiosa auf, und im Anschlufs daran entwickelte sich unter Temperatursteigerung bis 39° am linken Auge eine schwere Conjunctivitis mit Bildung dicker, schmutziggrauer, die Conjunctiva tarsi des Ober- und Unterlides völlig bedeckender, festhaftender Membranen. Das Bild unterschied sich von dem gewöhnlichen Aussehen der Bindehautdiphtherie nur dadurch, dafs die Übergangsfalten und die Conjunctiva bulbi, die bei Diphtherie chemotisch sind, ein trockenes, xeroseähnliches Aussehen zeigten. Am sechsten Tage entstand eine diffuse Trübung und zwei Tage später eine ringförmige Absondierung der Cornea; schliefslich stiefs sich die ganze Hornhaut ab, und das Auge schrumpfte ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab, dafs die Augenaffektion durch Streptococcus erysipelatis hervor-

gerufen war. Wahrscheinlich bestand ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Impetigo und der Conjunctivitis, jedenfalls aber bildeten die Masern das prädisponierende Moment für das Auftreten der Bindehautentzündung. Nach SCHOTTELIUS kommt den Streptokokken bei den Conjunctivitiden nach Masern eine erhöhte Bedeutung zu.

Götz-München.

Masern und Apendicitis, von ADOLF BICKEL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 29.) Ein Masernkranker, welcher schon früher Anfälle von Blinddarmentzündung gehabt hatte, bekam während der Masern einen neuen Anfall. Zur Operation wurde wegen der Masern nicht geschritten. Unter Morphium und Eis gingen die Erscheinungen am Blinddarm zurück. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über gleichzeitige Erkrankungen an Morbillen, Pertussis und Varicellen und den gegenseitigen Einflufs aufeinander, von WILHELM MEITNER-Wostitz. (*Reichs-Med.-Anz.* 1907. Nr. 19 u. 20.) Der Verfasser sah in zwei Fällen von Pertussis bei Kindern Varicellen und dann noch Morbillen auftreten und in einer Reihe von anderen Fällen umgekehrt erst Morbillen und danach Varicellen erscheinen. Er weist darauf hin, dafs bei einer Pertussisepidemie die Exacerbation der Pertussisbeschwerden vor und im Initialfieber am leichtesten den Verdacht auf Morbillen lenken wird, während beim Initialfieber der Varicellen die katarrhalischen Erscheinungen an der Konjunktion und in den oberen Luftwegen fehlen. Der Einflufs der Koincidenz der Varicellen auf eine gleichzeitig bestehende Pertussis ist absolut negativ, ebenso der Einflufs der ihnen bald nachfolgenden oder eben abblassenden Morbillen, während die Morbillen eine bestehende Pertussis merklich verschlimmern.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von konfluierenden hämorrhagischen Varicellen, von C. G. PORTER-Great Berkhamsted. (*Lancet.* Mai 1907.) Betraf ein 13jähriges Mädchen, welches unmittelbar vor Ausbruch der Varicellen an papulösem Ekzem des Gesichts und der Hände erfolgreich behandelt worden war. An mehreren Stellen entstanden Narben in der Haut und an zweien auch Keloidbildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Variola im alten Testament und im EBERSschen Papyros, von E. EBBELL. (*Nord. Med. Arkiv.* 1906. Abt. II, Heft 4. Nr. 11.) In dem Begriff „Aussatz" hat das alte Testament wahrscheinlich neben der Lepra auch viele andere Hautkrankheiten zusammengefafst, vielleicht auch sogar syphilitische Affektionen, Krebs und andere mehr. In einer langen Abhandlung versucht Verfasser den Sinn einzelner Worte des alten Testamentes zu deuten, so z. B. Schehin. Es erscheint ihm, dafs es sich um Variola gehandelt hat. Es geht für ihn aus den alten Schriften hervor, dafs die Juden die Variola von den Ägyptern bekommen haben, jedenfalls aber, dafs diese Krankheit schon 2000 Jahre vor Christus in Ägypten vorgekommen ist und wahrscheinlich im Nilthal ihren Ursprung gehabt hat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Wiener Blatternepidemie, von X. (*Med. Blätter* 1907. Nr. 37.) Der erste 1907 in Wien konstatierte Blatternfall kam aus Rufsland. Anfang Mai traten im X. Bezirk in einem Hause mehrere Blatternfälle auf, denen weitere in verschiedenen Bezirken folgten. Fast alle Erkrankten gehören dem Arbeiter- oder dem kleinen Gewerbestande an. Unter 85 Blatternkranken waren 26 ungeimpft und 59 geimpft. Unter den 59 sind 9 ohne Erfolg geimpft und 29 als Kinder geimpft.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die hämoneutrophile Formel bei der Variola, von CABRAL DE MELLO. (*Archivos do real Instituto bacteriologico Camara Pestana.* 1907. Bd. I, Heft 2.) Der Verfasser hebt hervor, wie sehr die verschiedenen Autoren in ihren Befunden bezüglich der Blutbeschaffenheit bei den gesunden Individuen sowohl als bei Variolapatienten voneinander abweichen. Was die neutrophilen Leukocyten anbelangt, sind

dagegen die Resultate viel übereinstimmender. Der Verfasser hat in der Eruptionsperiode Hypo- und meist Hyperleukocytose gefunden, im Suppurationsstadium besteht überall Hypercytose. Nach seinen Erfahrungen besteht bei der Variola im allgemeinen Anisohypercytose. *C. Müller-Genf.*

Variola und Varioloïs, von Theodore C. Merrill - Colorado. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 1.) Im Monat April und Mai erkrankten in Colorado sechs Personen an Pocken. Sie wurden in Isolierbaracken gebracht und geimpft. Fünf von ihnen reagierten auf die Impfung mit typischen Impfpusteln innerhalb drei bis fünf Tagen. *Schourp-Danzig.*

Übertragung von Blattern vom Impflinge auf die Mutter, von Pilf-Blankenburg i. Harz. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* Aug. 1907.) Von einem geimpften Kinde war neben der Lokalübertragung auch eine Allgemeininfektion auf die Mutter übergegangen. Letztere war vor 18 Jahren zum zweiten Male mit Erfolg geimpft. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Untersuchungen über das Antistaphylolysin des Serums bei der Variola und den Varicellen, von Béttancourt-Lissabon. (*Archivos do Instituto bacteriologico Camara Pestana.* 1907. Bd. I, Heft 2.) Bruck, Michaelis und Schultze haben behauptet, daſs das Antistaphylolysin im Blute der Individuen mit Staphylokokkeninfektionen bedeutend vermehrt sei, und hatten daraus eine serodiagnostische Methode abgeleitet, welche der Sero-Agglutination vorzuziehen sei. Der Verfasser weist dagegen auf Grund seiner Untersuchungen nach, daſs die von den genannten Autoren vorgeschlagene Methode in diesem Sinne nicht verwertbar ist. *C. Müller-Genf.*

Ist die Methode der Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für Hundswut und Vaccine brauchbar? von O. Keller und E. Tomarkin - Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 20.) Betreffs der die Leser der *Monatsh. f. prakt. Derm.* in erster Linie interessierenden Vaccine gelangten Verfasser zu dem Schlusse, „daſs trotz sorgfältigster Prüfung und mannigfacher Versuchsanordnung mit der Methode der Komplementverankerung im Immunserum mit Vaccine geimpfter und intravenös immunisierter Rinder gegenüber künstlichen Lymphaggressionen spezifische Stoffe nicht nachgewiesen werden konnten“. Die Versuche wurden an einem jungen Rinde, das auſser der gewöhnlichen Impfung mehrfach intravenöse Injektionen von verschiedentlich zubereiteter Lymphe zur Immunisierung erhielt, ausgeführt und müssen zweifellos als exakt und als in gewissem Grade, wenn auch nicht endgültig, beweiskräftig erachtet werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Vaccina generalisata, von Felix Danziger-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 32.) In der Klinik für Hautkranke im Frankfurter Krankenhause gab es zu Anfang dieses Jahres eine Hausepidemie von Vaccina generalisata. Von einem sechs Monate alten, noch nicht geimpften, von einer älteren Schwester infizierten Kinde, das mit Vaccina generalisata in die Klinik aufgenommen worden war, ausgehend, befiel die Vaccineerkrankung weitere fünf ungeimpfte Kinder, von denen drei wegen Ekzem, eines wegen hereditärer Syphilis und eines wegen Impetigo contagiosa auf der Abteilung lagen. Bei allen Kindern mit Ausnahme des zuletzt erkrankten, bei dem die Affektion überhaupt sehr leicht verlief, trat zu Beginn der Erkrankung ziemlich heftiger Husten auf. Vielleicht spricht diese Beobachtung für die Annahme Haslunds, daſs die Vaccina generalisata nicht infolge einer Inokulation, sondern infolge einer Allgemeininfektion des Körpers entsteht; denn der Husten läſst es möglich erscheinen, daſs das Krankheitsgift, ebenso wie es für die Variola wahrscheinlich ist, mit der Respirationsluft eingeatmet wurde. Vielleicht ist das Befallensein der Respirationsorgane im Beginne der Erkrankung bisher nur deshalb nicht konstatiert worden, weil die bis jetzt mitgeteilten Fälle nicht unter klinischer Beob-

achtung entstanden sind. Bei dem ersten, aufserhalb der Anstalt infizierten Kinde hatte vorher überhaupt keine Hautkrankheit bestanden, und in drei anderen Fällen zeigten sich die ersten Impfpusteln an Stellen, wo vorher nie Hautveränderungen vorhanden waren; beide Momente lassen sich gegen die Entstehung der Vaccina generalisata infolge von Inokulation ins Feld führen. Bei zwei Kindern bildeten sich im Verlaufe der Erkrankung Lymphdrüsenabscesse; diese seltene Komplikation deutet, ebenso wie das Zustandekommen der Epidemie überhaupt, darauf hin, dafs es sich um einen ganz besonders virulenten Impfstoff gehandelt hat. In zwei Fällen verschlimmerte sich das bestehende Ekzem infolge der Vaccineerkrankung; bei einem Kinde mit Ekzem und bei dem Kinde mit Impetigo contagiosa, bei dem die vorher schon erkrankten Hautstellen von der Pustelbildung verschont blieben, ging die Heilung der ursprünglichen Dermatose ohne Störung vor sich. Bei dem hereditärsyphilitischen Kinde, das infolge seiner Lues, nicht infolge seiner Vaccineerkrankung starb, waren auch auf der Mundschleimhaut und auf der Zunge Pusteln entstanden. Das ist etwas aufserordentlich Seltenes; in der ganzen Literatur fand D. nur zwei Fälle von Pustelbildung auf der Mundschleimhaut mitgeteilt.

Die beschriebene Epidemie lehrt, dafs an Vaccina generalisata erkrankte Kinder von noch nicht geimpften, hautkranken Kindern aufs strengste isoliert werden müssen.

Götz-München.

Subcutane Vaccineinjektionen, von Wilhelm Knoepfelmacher-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 39.) Die neuen Versuche zeigten, dafs man bei Verdünnung der Lymphe im Verhältnisse von 1:200 und bei Injektion von 1 ccm mit Sicherheit volle Immunität gegen Pockenvaccine beim Menschen erzielt. Verfasser hat im ganzen an 19 vorher nicht geimpften Kindern die Immunisierung mittels Lymphe, welche durch Erhitzen auf 70° avirulent geworden war, ausgeführt. Von diesen Kindern erlangte nur eines volle Immunität, und zwar ein Säugling, die übrigen Kinder haben auf die nachfolgende subepidermoidale Vaccination mit Pustelbildung geantwortet, und zwar trat die Pustelbildung früher als gewöhnlich auf und verlief auch rascher, als es sonst die Regel ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Ätiologie der Lepra, von B. Sommer. (*Argentina medica.* Dez. 1906.) Der Verfasser ist der Ansicht, die er übrigens mit anderen Forschern teilt, dafs die Mücken ein wesentlicher Verbreitungsagent der Lepra sind. Vielfach ist es übrigens direkt nachgewiesen worden, dafs die ersten Manifestationen der Krankheit gerade an den Stellen aufgetreten sind, wo zuvor eine Mücke die Haut gestochen. Es ist dies auch bei der grofsen Menge von Bazillen, die sich in den leprösen Produkten befinden, nicht zu verwundern. Der Umstand, dafs die Lepra gern in Gegenden vorkommt, in deren Nähe grofse Wasserflächen liegen, hat zu dem Glauben geführt, dafs die Ursache in der Fischnahrung der Bewohner zu suchen sei, während gerade in solchen Gegenden die Mücken in besonders grofser Anzahl angetroffen werden.

C. Müller-Genf.

Wachsmodelle von Leprafällen von Francis R. Day-Honolulu, von E. S. Goodhue-Holnaloa. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 22.) Die von Dr. Day angefertigten Lepramoulagen sind nach dem Urteile mehrerer Fachärzte als äufserst gut gelungen zu bezeichnen. *Schourp-Danzig.*

Zwei Leprafälle in Tirol, von Ludwig Merk-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 19.) Verfasser sah im Verlaufe weniger Wochen zwei Fälle von Lepra in

Tirol — Duplizität der Fälle! Beim ersten Falle waren die Knoten an gewissen Hautstellen lokalisiert, die sonst selten ergriffen werden, der zweite war ebenfalls tuberös. Beide Fälle waren importiert, der letztere aus Brasilien.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beiträge zur Kenntnis der Lepra in Deutsch-Ostafrika, von H. F. A. Meixner. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Fritz Loeb-München.

Die Heilung der Lepra, von Diesing-Baden-Baden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 20.) In dieser kurzen Mitteilung wird das Jodoform in Form einer Emulsion in reinem Olivenöl (30,0 : 90,0) bei subcutaner Darreichung, wie D. dies in Singapore geübt und bereits empfohlen hat, als das souveräne Mittel zur Heilung von Lepra bezeichnet. Kontraindiziert ist es allerdings bei Geisteskrankheiten, Leukämie (nicht bei einfacher Anämie) und Herzschwäche. Im Anfang gibt man als Probe auf die Reaktionsfähigkeit des Patienten nur etwa ½ ccm der 30%igen Emulsion. Tritt keine erhebliche Reaktion ein, so geht man gleich zur normalen Dosis von 2 ccm über, welche 15—20 Tage lang bis zum Auftreten leichter Intoxikationserscheinungen täglich injiziert wird. In den meisten Fällen kann die Kur in einem Monat beendet sein. Wahl der Injektionsstelle, entsprechend dem Krankheitsherd, und Abwechselung in bezug auf dieselbe sind von Wichtigkeit. Die Emulsion wird vor dem Gebrauch im Wasserbade sterilisiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Frage der Lepra in der Malerei, von Wilhelm Ebstein-Göttingen. (*Virchows Arch.* Bd. 189, Heft 3.) Eines der berühmten Kolmarer, in dem Isenheimer Altar befindlichen Bilder von Matthias Grünewald († 1510) ist die Versuchung des heiligen Antonius. Unter den Verfolgern des Heiligen befindet sich ein Frosch, welcher nach seinem Aussehen in den kunstgeschichtlichen Erläuterungen von Schubring als Dämon der Syphilis erklärt wird. Ebstein hingegen hält die Hautaffektion dieses Frosches wegen der Form des knotigen und makulösen Ausschlages für leprös und nicht für syphilitisch. Er weist ferner darauf hin, daſs es dem Künstler näher lag, die völkervernichtende Lepra darzustellen, zumal Antonius im 13. Jahrhundert lebte und die Syphilis doch erst am Ende des 15. Jahrhunderts ihren Verheerungszug in Europa begann. Tatsächlich zeigt das Grünewaldsche Bild nicht die Versuchung, sondern die Heimsuchung des Heiligen mit den gröſsten körperlichen Qualen und Martern, welche durch Hinzufügung der Lepra, der scheuſslichsten Krankheit, entsprechend dem Geist jener Zeit ergänzt wurden. *Schourp-Danzig.*

b. *Tuberkulose.*

Hauttuberkulose, von J. Frank Wallis-Norristown. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 2.) Bericht von kleinpustulösen Tuberkuliden bei neun Fällen, darunter acht Kindern. Nur in einem Falle ergab die Anamnese Familientuberkulose.

Schourp-Danzig.

Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, von R. Kraus und S. Gross-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 26.) Aus den Untersuchungen ergab sich gesetzmäſsig das ganz auffallende Resultat, daſs die anatomisch und klinisch als progredient charakterisierten, mit Zerfall einhergehenden Formen (Perlsucht) wenig oder nur ganz vereinzelt Tuberkelbazillen enthalten, während die mit menschlichen Tuberbelbazillen erzeugten Impfprodukte, die sich vollständig rückbilden, nicht progredient sind, nicht zu Zerfall neigen, ganz enorme Mengen von Bazillen aufweisen, und zwar stellenweise in einer Anordnung, wie sie dem Leprabacillus im Gewebe des Lepraknoten ähnelt. Auch bei den mit Vogeltuberkulose geimpften Versuchstieren findet man, trotzdem die klinisch und anatomisch erhebbaren Veränderungen nur

geringgradig und durchaus uncharakteristisch sind, ganz enorme Mengen von Tuberkelbazillen im Gewebe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Skrophulose, von E. Mero-München. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 31.) Verfasser prüfte den diagnostischen Wert der v. Picquetschen Methode der cutanen Impfung von Alttuberkulin an einer gröfseren Reihe von Fällen. Er bestätigt die Angaben v. Picquets insofern, als manifest tuberkulöse und klinisch auf Tuberkulose suspekte Kinder die positive Reaktion darboten, während sie bei vermeintlich tuberkulosefreien vollständig negativ verlief. Ebenso sah er, dafs kachektische Kinder, wie besonders jene Fälle, die sich im letzten Stadium der Miliartuberkulose oder der Meningitis tuberculosa befanden, auf die Impfung nicht reagierten. Die Tatsache, dafs bei bestehender Skrophulose die spezifische Überempfindlichkeit des Organismus gegen Superintoxikationen im besonderen Mafse ausgesprochen ist, ist für das Verständnis der Pathogenese einiger für die Skrophulose charakteristischer Symptome von grofser Bedeutung. Dabei ist es gleichgiltig, ob die Überempfindlichkeit des Integumentes nur der Ausdruck einer gesteigerten Allergie ist, oder ob sich dazu noch aufserdem eine lokale Überempfindlichkeit zugesellt hat. Jedenfalls wird es hier zur Auslösung sichtbarer Lokalreaktionen der Haut geringerer Toxinmengen bedürfen als dort, wo die Überempfindlichkeit des Organismus nur einen relativ geringen Grad erreicht hat. Unter der Voraussetzung, dafs, ebenso wie mit dem Eiter bei offener Karies, auch mit dem oft eitrigen Sekrete der Nasenschleimhaut bei Skrophulose unter Umständen geringe Menge von Tuberkulotoxin zur Ausscheidung gelangen, liefsen sich die entzündlichen Schwellungen und die so häufig rezidivierenden Infiltrationen an exkoriierten Stellen der Nasenumgebung ebenso erklären, wie die verstärkten Impfreaktionen, die man auf einem besonders überempfindlichen Boden zu sehen bekommt, es würde sich dabei eben nur um sichtbare Folgeerscheinungen von Superintoxikationen bei gesteigerter Überempfindlichkeit der Haut oder des Gesamtorganismus handeln. Die Reaktionen werden um so lebhafter erfolgen, je höher der Grad der Überempfindlichkeit ist, das heifst, je öfter die Haut mit dem ausgeschiedenen Gifte in Reaktion getreten ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Hautveränderungen Erwachsener im Anschlusse an die Picquetsche Reaktion, von M Oppenheim. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. Nr. 32.) O. berichtet über einige Beobachtungen, die er bei der v. Picquetschen Impfung mit Alttuberkulin bei Patienten mit Lichen scrophulosorum und Skrophuloderma gemacht hat. In einem Falle entstand nach dreimaligem Impfen ein lichenoides, ganz eigentümlich angeordnetes Exanthem, bei einem anderen ein Ulcus, wieder bei anderen eine Bläscheneruption und Abheilung mit oberflächlicher Exkoriation usw. Verfasser ist mit Mero und anderen der Ansicht, dafs bei Skrophulose eine spezifische Überempfindlichkeit der Haut gegenüber Superintoxikationen besteht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Studium des Erythema induratum (Bazin). von Ludwig Weiss-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 48, Nr. 18.) Nach einem Überblick über den heutigen Stand der Forschung über dies Leiden berichtet Weiss von einem Krankheitsfalle, der eine 26jährige Russin betraf. Die Patientin litt aufserdem an Lupus pernio bezw. Lupus erythematodes und zeigte positive Tuberkulinreaktion.

Schourp-Danzig.

Therapie der Hauttuberkulose, von Grenville Mac Gowan - Los Angeles. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 9.) Zusammenfassende Darstellung der bekannten Behandlungsmethoden. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Vorlesungen über Pest, von W. J. R. SIMPSON-London. (*Lancet.* 1907. Nr. 4374 bis 4378.) Die Bedeutung der Pestgefahr für Europa wird im allgemeinen trotz der grofsen Ausdehnung, welche diese Seuche in Indien seit einigen Jahren genommen hat, wesentlich unterschätzt. Der Umstand, dafs seit Jahrhunderten keine Epidemie bei uns aufgetreten ist, darf nicht zu dem Schlusse verleiten, dafs unsere hygienischen Mafsregeln in jeder Beziehung einen vollständig sicheren Schutz gewähren. Wie S. in einem interessanten historischen Rückblick darlegt, sind schon früher die Zeiten der Epidemien durch jahrhundertelange Perioden von Pestfreiheit unterbrochen gewesen. Der wesentlichste Fortschritt liegt in den neuerlichen Aufschlüssen über den Übertragungsmodus und die Feststellung der Diagnose durch den Nachweis des Bacillus, wozu vor allen Dingen die Herstellung von Kulturen gehört. Hierüber gibt Verfasser eine Reihe von detaillierenden Bemerkungen. Dafs Ratten und Hunde und wohl auch andere Haustiere als Verbreiter der Krankheit schon im Mittelalter und auch im Altertum gegolten haben, weist er durch geschichtliche Anhaltspunkte verschiedener Art nach. Was die gegenwärtige Epidemie in Indien betrifft, so ist zu konstatieren, dafs die Gesamtmortalität für die Zeit von 1898 bis 1907 rund fünf Millionen Fälle umfafst, was bei einer Bevölkerungszahl von 300 Millionen einen Verhältnissatz von nur 1 : 60 ergeben würde. Es darf aber nicht aufser acht gelassen werden, dafs die Krankheit keineswegs gleichmäfsig über das ganze Land verteilt ist einzelne Provinzen sind ganz frei davon, andere sind dadurch halb entvölkert worden. Dabei fällt noch besonders ins Gewicht, dafs vorwiegend die Männer im arbeitsfähigen Alter ergriffen werden, Greise und kleine Kinder bleiben meist verschont. Die Übertragung der Krankheit geschieht zweifelsohne durch Vermittelung von Flöhen, aber die Beobachtungen, welche Verfasser daraufhin angestellt hat, lassen mit grofser Bestimmtheit darauf schliefsen, dafs der Pestbazillus auch mit der Nahrung dem Körper zugeführt werden kann, wobei dann vorwiegend die septizämische Form erzeugt wird. In therapeutischer Beziehung ist das Hauptgewicht auf die Prophylaxe zu legen. S. ist fest überzeugt von dem Werte der HAFFKINschen Impfung, welche trotz der zeitweiligen bedauerlichen Komplikation mit Tetanus im Mulkowalgebiet von der einheimischen Bevölkerung gerne akzeptiert wird Die Kosten berechnen sich auf 50 Pf. pro Kopf, sogar noch viel weniger, wenn die Durchschnittszahl der Impfungen entsprechend steigt. Gegen die mit dem Vorhandensein von Ratten verbundene Gefahr hat sich das DANYSZsche Virus (z. B. in Capetown) sehr wirksam erwiesen. S. empfiehlt aber als zweckentsprechender die Desinfektion der Häuser mit dem CLAYTONschen Apparat vermittels schwefeliger Säure und Schwefelanhydrid, wodurch sowohl die Ratten wie auch sonstiges Ungeziefer (Flöhe, Läuse und andere Insekten) und auch die Pestbazillen selbst tödlich bearbeitet werden. Die Desinfektion eines ganzen Hauses nimmt nicht länger als 24 Stunden in Anspruch und die Kosten berechnen sich auf etwa 20 Mark pro Haus. Ferner erklärt sich S. entschieden gegen die Aufstellung von Kordons, dagegen für das Pafssystem und die Beaufsichtigung von verdächtigen Fällen und von Ankömmlingen aus infizierten Gegenden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Berichtigung. Auf Seite 459 mufs es heifsen: Prof. POSPELOW sprach sehr eingehend über die „Rosacea“ (anstatt Akne rosacea).

Sachverzeichnis.

Abscefs 93. 99. 157. 158. 194. 216. 218. 248. 253. 265. 314. 348. 425. 428. 463. 503 506. 562. 566. 590. 608; (Kohan) 122; (Lesné und Monier-Vinard) 360; (Krömker) 435; (Tédenat) 554.
— der Brust, Behandlung ohne Inzision (Chirié und David) 361.
Acanthosis nigricans 141. 470.
Acidum cacodylicum und seine Salze (Merck) 562.
— carbolicum (Merck) 562.
— picrinicum (Merck) 563.
Acnitis s. Spiradenitis disseminata suppurativa.
Adenitis 215.
Adenocarcinom 246. 462; (Kreibich) 613.
Adeno-Lymphocele inguinalis 215.
Adenoma 246.
— sebaceum 167; (Krzysztalowicz) 1. 513; (Drabkin-Slutzky) 368.
Adipositas dolorosa 166. 252.
Aesculin (Merck) 563.
Airol (Merck) 563.
Akanthoma adenoides (Bernhardt) 166.
Akne 122. 127. 128. 130. 131. 151. 205. 254. 294. 296. 306. 415. 416. 507. 513. 569. 614.
— cachecticorum s. Follikulitis skrophulosorum.
— keloidähnliche 623; (Sprecher) 366.
— necrotica s. Folliculitis necrotica.
— pustulosa 569.
— rosacea s. Rosacea.
— varioliformis s. Folliculitis varioliformis.
Aknebehandlung 565. 568. 569. 571. 622.
—, interne (Kapp) 123.
Akrodermatitis 207; — und Sklerodermia (Ullmann) 152; (Oppenheim) 300.
— atrophicans 299. 421. 422; (Kingsbury) 467.
Aktinomykosis 160. 258. 325. 470. 512; (Külbs) 163.
Albargin (Merck) 563.
Alkohol (Merck) 563.
Alypin (Merck) 564.
Albinismus 75. 192.
Albuminprobe, durch Kreatinin gestört (Calvert) 473.
Albuminurie 363; (Bergouignan) 473; (Plumier) 473.
— im Fieber (Dietschy) 472.
— digestiva und fremde Eiweifsstoffe (Romme) 222.
Alopecia 149. 306; (Parker) 99; (Kreuzfuchs) 169; (Arndt) 545.
— areata 128. 569. 623. 624; (Ullmann) 151; — neurotica (Greig) 169.
—, fleckenförmige (Ullmann) 151.
— seborrhoica 507. 623.
Amputationslappen und Ernährungsstörungen der Haut (Kotzenberg) 263.
Anämie 493. 630.
—, aplastische (Touton) 197
Andolin (Mayer) 603.
Anetodermia erythematosa 332. 419. 420. 422.
Angiokeratoma 624; (Malinowski) 439. 515.
— der Skrotalhaut (Toyama) 560.
Angioma 367. 623; (Bán) 368; (Legal) 378.
—, Entstehung des (Weber) 204.
— pigmentarium atrophicum s. Xeroderma pigmentosum.
—, punktförmiges (Malinowski) 439. 515.
—, venöses, mit beginnender Malignität (Campbell) 366.
Angioneurosen (Török) 558; (Kreibich) 559.
Angiosarkom der Blase (Jungano) 556.
Anthrasol (Merck) 564.
Anthrax 216; (Felix) 364.
Antipyrin-Exanthem (Nakahara) 212; (Ehrmann) 299. 301.
Aplasia pilorum intermittens s. Monilethrix.
Argentum colloidale (Merck) 564.
Arhovin (Merck) 564.

Aristol (Merck) 564.
Arsenexanthem (Jadassohn) 425.
Arsenkeratose, Histologie der (Waelsch) 249.
Arsenmelanose (Mucha) 153.
Arsenzoster s. Arsenexanthem.
Arzneiexanthem 200; (Blair) 349.
— mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen (Gregor) 272.
Ascites 308.
Asphyxie 71. 207.
Aspirin (Merck) 564.
Atheroma 128. 564; (Aschenheim) 324.
Atoxyl 275; (Bruhns) 147; (Lévy-Bing) 257; (Waelsch) 265; —, Blindheit durch (Terrien) 558.
Atrophia cutis 258.
— — circumscripta (Vignolo-Lutati) 156.
— — deuteropathica 417.
— — idiopathica 415. 417. 418. 420. 422. 423. 424. 502.
— — maculosa (Vignolo-Lutati) 329. 404; (Nielsen) 502.
Atrophoderma pigmentosum s. Xeroderma pigmentosum.
Atrophodermia s. Atrophia cutis.
Aussatz s. Lepra.
Azoospermie 433.

Bakteriologie und Humoralpathologie (Rothmann) 158.
Bakteriurie 221. 565.
Balanitis 260. 429; — erosiva 128.
Balsamicaexantheme 514.
Barta (Schütte) 612.
Bartflechten und Flechten im Bart (Jessner) 310.
— S. auch Sykosis.
Bartholinitis 609.
Berichtigung 632.
Bindegewebsentzündung, aseptische, Zellformen bei (Zieler) 199.
Blase als Bruchinhalt (Clairmont) 174.
Blase, Füllung der mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie (Burkhardt und Polano) 173.
—, Wachsklumpen in der und Benzininjektion (Lohnstein) 430.
Blasenepithel (Ikeda) 463.
Blasenförmige Eruption (Heller) 146; — artificielle (Seegall) 146.
— — mit Schilddrüsen- und Nebennierenveränderung (Gastou und Bogolepoff) 245.
Blasengeschwulstchirurgie (Kolischer u. Schmidt) 430; (Akutsu) 560.
Blasenkrankheiten 565; — Veränderung des elastischen Gewebes bei (Migliorini) 512.
Blasenmifsbildungen, angeborene, und Behandlung (Delbet) 255.
Blasennaht (Delbet) 209.
Blasenperforation (Pillet) 554.
Blasenruptur, traumatische, intraperitoneale, Laparotomie und Heilung (Berblinger) 430.
Blasensteine 97. 354. 554; (Littlewood) 174; (Tanaka) 213; (Ferrero) 556; — beim Kinde (Broca) 353.
Blasensteinbehandlung (Spannaus) 430.
Blasentumor 565.
— und -Ruptur (Pélicand) 97.
Blastomyceten und Hautkrankheiten (Marzinowski und Bogrow) 249.
Blastomykosis 216. 249. 258. 470. 512; (Selenew) 157; (Spiethoff) 162; (Buschke) 355; (Montgomery) 466; (Pawlow) 503.
Blattern s. Variola.
Blennorrhoea 92. 99. 176. 219. 221. 262. 275. 276. 355. 426. 428. 431. 434. 435. 516. 525. 547. 550. 551. 552. 626; (Orlowski) 356; (Asch) 462; (Crockett) 504.
— und Humoralpathologie (Rothmann) 158.
—, Inkubationsdauer bei Japanern (Tanaka) 212.
— und Wochenbetterkrankungen (Longaker) 99.
— des Mannes (Picker) 476.
— — und Frau und Kinder (Yùdice) 250. 305; (Erb) 552.
— des Kindes (Ingram) 223.
— der Neugeborenen, Prophylaxe der (Seefelder) 224.
—, Späterkrankung (Siebelt) 225.
— des Auges, Behandlung der (Sylla) 225; (Heard) 225; (Ullmann) 478; (Holloway) 478; —, metastatische (Carroll) 478.
— und Blindheit (Edgar) 476.
— Komplikationen (Jadassohn) 476.
Blennorrhoebehandlung 275. 349. 353. 514. 563. 564. 565. 572; (Zieler) 226; (Saalfeld) 226; (Livermore) 350; (Miropolski) 427; (Weinberg) 427; (Neisser) 478; (Chakarian) 479; (Panichi) 479; (Zeuner) 480; (Rapiport) 612; (Lesczynski) 625.
— und Geschlechtsfunktion (Tauffer) 197.
— mit Albargin-Glycerin-Suppositorien (Dohi) 213.
— mit Bädern (Siebelt) 225.
— mit Gonosan (Nigoul) 226; (de Vries) 461; (German) 479; (Merck) 565.
— mit Helmitol (Franceschini) 479.
— mit Jod (Merck) 566.
— mit Irrigationen (Purdy) 480.
— mit Methylenblau 567.

Blennorrhoeheilung durch Fieber (Noguès) 554.
Blennorrhoeverhütung 567; (Spitzer) 479.
Blennorrhoische Arthritis 122. 478. 564; (Edgar) 476.
— Cystitis 376. 377. 431. 472. 565.
— Epididymitis 195. 305. 464; (Duhot) 98; (Putzler) 195; (Rothmann) 214; Uhle und MacKinney) 477; — und Solutio magnesii sulfurici (Uhle) 99.
— Funiculitis 464.
— Hyperkeratose (Chauffard) 477.
— Posteriocystitis, Behandlung der (Kromayer) 224.
— Prostatitis (Clark) 477; (Schiele) 477.
— Pyelitis 565; (Sellei und Unterberg) 477.
— Spermatocystitis (Tschumakow) 100.
— Talalgia et Plantalgia (Kljärfeld) 257.
— Urethralstrikturen 428.
— Urethritis (Kolischer) 99; (Nobl) 225; — Behandlung der (Schindler) 195; (Nobl) 225.
— Vulvovaginitis (Edgar) 476.
Blennorrhoischer Nierenabsceſs (Tédenat) 554.
Blennorrhoisches phlyktaenuläres Exanthem (Hoffmann) 545.
— Urethralsekret, Lymphocyten, Leukocyten und Kugelkerne (Neuberger) 223.
Blepharitis 29.
— ciliaris 120. 546.
Blutdruck bei Krankheiten (Manhold) 313; (Belanine) 313.
Blutparasiten (Tanaka) 213.
Blutplättchen bei akuten Infektionskrankheiten (Tschistowitsch) 577.
Borovertin (Merck) 564.
Bromexanthem 514. 622; (Nobl) 151; (Saïto) 213.
Bruckscbe Reaktion (Terebinski) 517.
Bubo 215. 250. 251. 253. 259. 506. 608. 626; (Colt) 361.
Bubonenbehandlung 514. 562; — mit Stauungshyperämie 275; (Schütz) 121; (Putzler) 195; (Tschlenow) 361: (Letnik) 362; (Wernic) 516.
Bürzeldrüsensekretion und Röntgenstrahlen (M. Stern und Halberstädter) 197.

Callus 196. 219.
Calvities 152.
Cancroid 614; (Arndt) 545.
Carcinoma 11. 30. 88. 89. 90. 98. 167. 192. 198. 246. 275. 295. 306. 354. 463. 476. 536. 545. 627; (Ledermann) 146; (Nobl) 148; (Dohi) 213; (Campbell) 366; (Walmsley) 432; (Kreibich) 613.
Carcinoma und atypische Epithelwucherungen (Stahl) 264.
— und Sonnenstrahlen (Dubreuilh) 95.
— und Xeroderma pigmentosum (Gussmann) 200.
—, Tuberkulosis und Phlebitis (Ullmann) . 148.
—, Riesen-(Hallopeau und Gastou) 245.
— der Blase (Guyon) 174; (Staerk und Zuckerkandl) 462.
— der Clitoris (Neuhaus) 475.
— des Gaumens (Chauffard) 365.
— auf Gumma (Ehrmann) 299; (Brandweiner) 304.
— des Hodens (Cutter) 175; (Genouville und Fenestre) 554.
— im Hodensack (Ledermann) 146.
— der Mamma 613.
— der Nase 503; (Morestin) 245.
— des Penis 464; (Inouye) 213; (Yamashita) 560; —, Amputation (Morestin) 426.
— der Schweiſsdrüsen (Wolfheim) 199.
— der Urethra 464; (Preiswerk) 462; — und Cystotomie (Crutcher) 350.
— der Zunge bei Syphilis, nebst Behandlung 327.
— bei Kohlenarbeitern (Lueke) 365.
— der Seemannshaut 25. 95.
Carcinomähnliche Wucherungen nach Scharlachöl (Wyss) 526.
Carcinombehandlung 570. 624; (Lebon) 615.
— mit Phototherapie, Radiotherapie, Radium, Elektrizität (Lebon) 509. 510.
— mit Röntgenstrahlen 351. 510. 623; (E. Y. Williams) 164; (C. Williams) 164; (Schiff) 164.
— mit Trypsin (Bainbridge) 366.
Cerolin (Merck) 565.
Chininexanthem 514.
Chloasma, Epheliden, Pigmentierungen und Phototherapie (Jadassohn) 424.
Chlorakne s. Dermatitis durch Chlor.
Chloretonexanthem (Rolleston) 271.
Choc en retour s. Syphilis-Retroinfektion.
Cholesteatom an den Handtellern (Honda) 213.
Chromatophorom s. Melanom.
Chrysarobinwirkung, toxische, auf die Nieren (M. Winkler) 572.
Cicatrices post ignipunct. 128.
Clavus 128; (Sklarek) 196.
Coccidiengranulome (Brown) 164.
Collodium mit Watte als Verband (Chatin) 467.
Condom 528; (Helbig) 528; (Liberatis) 528; (Weisl) 528; (Jaloppio) 528; (Casanova) 528.
Conjunctivitis 29. 207. 272. 576; (Schumacher) 626.

Coxitis (Pillet) 554.
Creeping-Disease (Rille und Riecke) 214.
Crurin (Savičevič) 33.
Crusta lactea (Upshur) 504.
Cutis marmorata s. Livedo.
— plicata (Heller) 248.
— verticis gyrata (Unna) 227.
Cyste 246. 444. 463. 512. 592. 593.
— in Herpesnarbe (Warner) 204.
Cysten des Epithels, traumatische (Pietzner) 167.
Cystitis 92. 93. 221. 353. 354. 377. 430. 435. 437. 461. 462. 463. 476. 547. 554. 619.
— im Kindesalter (Valagusta) 431; — und Pyelitis (Langstein) 431.
— durch Papilloma vesicae (Gleuwitz) 431.
—, postoperative (Lanphear) 349.
— glandularis (Stoerk und Zuckerkandl) 462.
Cystitisbehandlung 563. 564. 565; (Delbet) 556.
— mit Helmitol (Kelemen) 431; (Tanaka) 431; (Roma) 471.
— mit Phototherapie (Rogers) 349.
Cystoskop, Pan- (Baer) 463.
— zum Spülen (Schlagintweit) 463; (Ringleb) 463.
Cystoskopie (Frank) 172; (Pasteau) 377; (Wederhake) 377; (Meyer) 465; (Baer) 555; — bei Tuberkulose (Meyer) 377.
Cystopexie (Mühsam) 435.

Dariers Krankheit s. Psorospermosis follicularis.
Den-on-Kei (Kinoshita) 560.
Dermatitis 29. 127. 128. 130. 131. 299. 300. 565. 576.
— aus äufseren und inneren Ursachen (Harrison) 526.
— durch Chlor (Holtzmann) 273.
— durch Rhus toxicodendron (Conner) 350.
— durch Siegellack-Ringeinlage (Näcke) 120.
— atrophicans s. Atrophia cutis idiopathica.
—, desquamative 126.
— exfoliativa 245; (Foster) 206.
— herpetiformis s. Hydroa.
— papillaris 623; — capillitii (Yomose) 213.
— psoriasiformis nodularis 420.
— pustularis vernalis aurium 146.
— scarlatiniformis recidivans 206.
— venenata 526.
—, warzenartige (Bosellini) 581.
Dermatologie und allgemeine Medizin (Lassar) 614; (v. Niessen) 378.
Dermatologische Statistik (Nishikawa und Saito) 560.
— Winke (Pisko) 359.
Dermatologischer Unterricht (Bodin) 559.
Dermatomykosen (Semblinow) 358.
Dermatozoonosen (Sack) 215.
Dermographismus 128.
Dermoidcyste 444.
Desinfektion (Heller) 375.
Desquamatio aestivalis (Pollitzer) 302.
Diabetes 100. 122. 133. 162. 257. 350. 432. 564. 573. 614; (Gaucher und Lacapère) 211.
— insipidus (Lomowitzki) 517.
Diphtherie 265. 362; (Schumacher) 626.
Diphtherische Hautentzündungen (Schucht) 196.
Dysidrosis 128. 302.
Dyskeratosis pseudo-follicularis Darier (Constantin und Levrat) 34.
Dystrophia unguium s. Nageldystrophie.

Eheverbote (Markuse) 525.
Eiterung, paraurethrale 92.
—, periunguale, Behandlung der (Bonneau) 360.
Eiweifs s. Albumin.
Ekthyma 196. 470.
— gangraenosum (Kren) 152; (Toyama) 213.
— vacciniforme bei Kindern (C. Fox) 204.
Ekzema 30. 32. 49. 55. 71. 99. 121. 128. 130. 131. 147. 205. 295. 303. 306. 310. 317. 349. 365. 419. 420. 421. 423. 569. 611. 628. 629.
—, Ätiologie des 514.
— nach Javol (Klose) 360; (Joseph) 576.
— ani et scroti 568.
— der Nägel 568.
— der Nase 120; (Ménier) 360.
— der Handteller 567.
— orbiculare 623. 624.
— der Säuglinge (Méry) 119; (Upshur) 504.
— artificiale s. Dermatitis.
— impetiginosum 207. 568; — und Nierenerscheinungen (Guinon und Pater) 120.
— marginatum 216.
— mycoticum en plaque (Nobl) 148.
— papulosum 627.
— pruriginosum 72.
— seborrhoicum 99. 128. 130. 131. 132. 151. 152. 296. 306. 425. 438. 507. 568.
— — und Syphilis (Grünfeld) 302.
— siccum 33. 34. 567.
— squamosum 507.
— sycosiforme (Spitzer) 151.
— tyloticum 623.
— vesiculosum 622.

Ekzembehandlung 564. 565. 567. 568. 569. 572. 623.
— und Ernährung (Ravogli) 119.
— mit Röntgenstrahlen und hochfrequenten Strömen (Eberhart) 99.
Elastinfarbstoffe (Spiegel) 258.
Elektrizität 258. 273. 276. 351. 514. 568. 573. 615. 616; (Eberhart) 99; (F. Winkler) 239. 284; (Bayer) 366; (Bolton) 434; (Görl) 501; (Lebon) 509, 510; (Minet) 617.
Elephantiasis 476; (Legal) 378.
— und Vasomotoren der Haut (Ferd. Winkler) 63.
Emaskulation (Ravasini) 464.
Endometritis 100.
Endotheliom (Gottheil) 165.
Enuresis s. Incontinentia urinae.
Epheliden 76. 128; — Naevus pigmentosus u. Chromatophorome (Rheindorf) 368.
—, Pigmentierungen, Chloasma und Phototherapie (Jadassohn) 424.
Epidermolysis bullosa 75. 591.
Epididymitis 97. 195. 433. 437. 619.
— sympathica 275.
—, Behandlung der 275.
Epithelioma s. Carcinoma.
— adenoides cysticum s. Akanthoma adenoides.
— contagiosum 129. 216; (Lipschütz) 165. 306.
— giganteum (Nobl) 295.
Epitheliomatosis pigmentaria s. Xeroderma pigmentosum.
Epithelwucherungen, atypische (Jones) 264; (Stahr) 264.
— senilis 96.
Erfrierung s. Perniosis.
Erysipel 122. 158. 163. 179. 180. 184. 216. 299. 350. 429. 470. 514. 546. 574. 577. 626; (Grunwald) 362.
— und Angina (Roth) 163.
—, postoperatives (Lanphear) 504.
— des Gesichts (Lessitchkoff) 364.
Erysipelbehandlung (Ruhemann) 163; (Hecht) 163; — mit Wasser (Sadger) 163.
Erysipeloid 128.
Erythema 29. 71. 156. 205. 206. 274. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 346. 349. 414. 416. 418. 419. 423. 424. 470. 558. 574; (Nobl) 151; — durch Streptokokken (Gabritschewsky) 271.
— nach Meningitis (Herschmann) 271.
— der Säuglinge (Méry) 119.
— annulare recidivans (Bohac) 249.
— bullosum vegetans 514. 592; (Ustinow) 610.
— exsudativum multiforme 71. 200. 414. 423. 514.
— faciei 128.
— induratum 512; (Skitachi) 560; (Weiss) 631.
Erythema infectiosum 46.
Erythema nodosum 272.
— —, Ätiologie des (Hildebrandt) 124.
— — und Rheumarthritis (Symes) 123.
— — haemorrhagicum und Purpura (Géronne) 123.
— orticato atrofizzante 414. 424.
— paralyticum 421.
— polymorphum s. Erythema exsudativum multiforme.
— praemycoticum (Kren) 153.
— scarlatiniforme desquamativum (Nobbs) 574.
— simplex marginatum 46.
— solare 95
Erythème keratosique symmétrique (Momose) 560.
Erythrasma 128. 130. 131. 215.
Erythrodermia 146. 298. 301. 303. 420.
— desquamativa mit Schilddrüsen- und Nebennierenveränderungen (Gaston und Bogolepoff) 245.
— pityriasique s. Ekzema.
— exfoliativa, neuer Typus von (Pautrier und Fage) 255.
— universalis 565.
Erythromelalgia (Voorhees) 577.
Erythromelia 421; (Ehrmann) 299.
Exanthem, gruppiertes papulöses (Heller) 146.
Exantheme, akute, Diagnose der (Vipond) 35; (Dillingham) 36.
— im Kindesalter (Goetze) 36.
— bei Typhus (Lessieur) 36.
Exfoliatio areata palmaris 275.

Färbetechnik Unna (Dreuw) 519.
Farbe und Krankheit (L. Roberts) 203.
Favus 120, 128, 216. 470. 569. 623; (Née 359; (Takahashi) 560.
— der Nägel 568.
Favuspilz, neuer (Bodin) 553.
Fibro-Angiom 609.
Fibroma 299. 512. 564; (Nobl) 295; (Oppenheim) 300.
— molluscum 128; (Tanaka) 212.
Fibromatosis, tödliche (Whyte) 367.
Fibrosarkom 366.
Filiariasis und Nierenfunktion (Tanaka) 213.
Fingerverletzungen, Nachbehandlung der (Zuelzer) 360.
Finsenlicht s. Phototherapie.
Fistel 148. 160. 248. 266. 295. 360. 428. 435. 463. 530. 554.
—, suprapubische (Mühsam) 435.
Fluor 92. 93. 476. 551.
Folia Urologica (Israel, Kollmann, Kulisch und Wagner) 513.
Folliclis 208. 622.
— und Folliculitis skrophulosorum (Dohi) 560,

Folliculitis 128. 130. 131. 215. 565; (Trimble) 208.
— barbae 311.
— decalvans 152. 296.
— necrotica 128. 208. 296; — et exulcerans serpiginosa nasi (Poisot) 553.
— sclerotisans nuchae 258.
— skrophulosorum 296. 303. 617. 631; (Scherber) 149; (Dohi) 213; (Spitzer) 295; (Brandweiner) 304; — und Lichen (Müller) 296.
— — und Folliclis (Dohi) 560.
— varioliformis 72. 208; (Ehrmann) 151.
Framboesia 248. 276. 470.
— und Atoxyl (Neisser) 569.
Franklinisation s. Elektrizität.
Frauenliebe, gleichgeschlechtliche, s. Homosexualität.
Fünfte Krankheit 46.
Fürsorgeerziehung (Hammer) 347. 348. 460; (Blochwitz) 349.
Furunkel 71. 100. 122. 128. 216. 254. 266. 501. 562. 568. 608. 614.
— und Abscesse (Kohan) 122.
Furunkelbehandlung 195. 565. 572; — und -Verhütung mit Jodofan (Gerstle) 122.
Furunkel usw.-Behandlung 571; (Schweitzer) 122.

Gadose als Salbengrundlage (Ganz) 461.
Gallensteine 374. 433.
Gangrän 110. 122. 173. 214. 258. 351. 514. 515. 573; (Toyama) 213.
— und Hypnose (Szöllösy) 312.
—, akute, idiopathische im Säuglingsalter (Heim) 364.
—, seltene, chronische progressive (Tsutsui) 197.
—, traumatische, Behandlung der (v. Knott) 364.
— des Skrotums (Kettner) 429.
Gaudaninhautschutz, Operationen unter (Littauer) 266.
Geschlechtskranke, ärztliche Ratschläge für (Crockett) 504.
Geschlechtskrankheiten 257. 262. 263. 305. 434. 550. 560; (Finger) 257; (Möller) 550; (Joseph) 626.
— und Nervenleiden (Barrucco) 216; (Oppenheim) 552.
— und Stillen (Galewski) 551.
Geschlechtskrankheitenbehandlung in New York (Mewborn) 276.
— mit Jod (Hirsch) 349.
Geschlechtskrankheitenbekämpfung 524; (Singer) 348; (Morhardt) 524; (Gross) 524; (Stöhr) 524; — in Österreich (Finger) 552; — Vortragsreise (J. Bloch) 552.
—, Berufsgeheimnis und Anzeigepflicht (Purrington) 480; (Möller) 550; (Bendix) 551.
Geschlechts- und Hautkrankheiten, therapeutisches Taschenbuch (Blaschko und Jacobsohn) 625.
Geschlechtsleben, Abiturientenvorträge über (v. d. Steinen) 550.
Geschlechtstrieb und Geschlechtsleben (Rohleder) 312.
— und Schamgefühl (Ellis) 311; (Ries) 553.
Geschlechtsverkehr und Onanie (Halsey) 504.
Glossitis superficialis 128.
Glykogen der Haut (Lombardo) 512.
Gonococcus (Poldrock) 355; (Vannod) 520; (Bruschettini und Ansaldo) 520; (Abe) 521.
Gonokokkenfärbung (Ohno) 560.
Gonorrhoe s. Blennorrhoea.
Granulationsgewebe, kolloide Degeneration im (Sandeck) 169.
Granuloma trichophyticum s. trichophytisches Granulom.
Granulosis rubra nasi (Anthony) 207.
Gumma 103. 113. 114. 115. 116. 145. 146. 197. 210. 211. 214. 244. 319. 323. 326. 327. 425. 499. 508. 512. 564.
—, Infektiosität des (Fr. Veiel) 198.
— mit Carcinom (Ehrmann) 299; (Brandweiner) 304.
— praecox (Bonnet) 308.
— des Magens und der Leber (Einhorn) 116.
— des Oberkieferknochens (Ito) 213.
— der Zunge (Duhot) 102.
Gummabehandlung durch Jodkaliumeinspritzungen (Trémolières) 112.
Gummöse Pleuritis (Lissauer) 112.
— Spondylitis (Tscherbakow) 114.

Haarausfall s. Alopecia.
Haare, zusammengesetzte (Giovannini) 519.
Haarkrankheiten (Sack) 355.
Haarnaevus s. Naevus pilosus.
Haarparasiten bei Kindern (Bormann) 120.
Haarverfärbung, argentoide (Ipsen) 371.
Haemangioma 515.
Hämaturie (Bremerman) 504.
—, einseitige und Adrenalin (Young) 473.
Hämoglobinämie (Blackader u. Gilles) 222.
Hämoglobinurie, paroxysmale 222; —, Phagocytose und Opsonine (Eason) 473.
— mit Fieber (Deaderick) 474.
Hämorrhagien 272.
Hämorrhoiden 293.
Hämospermie (P. Cohn) 462.

Harn, Aceton im (Cammidge) 472; (Taylor) 472.
—, Indol und Phenol im (Boltine) 473.
—, Pentosen im (Jolles) 475; (Kraft) 475.
—, Zucker im (Schwarz) 475; —, Nachweis von (Boruttau) 223.
Harn s. auch Urin.
Harnblase s. Blase.
Harnkrankheiten, infektiöse, Ätiologie der (Suter) 461.
Harnkrankheiten und Jodbehandlung (Hirsch) 349.
Harnkrankheiten und Stauungshyperämie (Sellei) 464.
Harnretention bei Prostatahypertrophie, Behandlung der (Mühsam) 435.
—, spastische, hysterische (Laroque) 504.
Harnröhre s. Urethra.
Harnsediment (Richartz) 221
Harnstörungen bei Uterus-Retroversion (Trillat) 209.
Harnuntersuchung (Goldberg) 221. 471; —, quantitative Zuckerbestimmung (Grube) 474; (Engel) 474.
Harnviskosität (Tanaka) 560.
Harnwege, Diagnostische Erfahrungen in der Chirurgie der (König) 172.
—, Röntgenuntersuchung der (Arcelin) 553.
Hautangiom s. Angioma.
Hautchemie 275.
Hautentzündung, hämatogene (Török) 558; (Kreibich) 559.
Hautgefahrsignale (Bulkley) 525.
Hautkliniken (Metscherski und Bogrow) 580.
Hautkrankheit, unbekannte 275; (Tanaka) 212; — kongenitale (Borrowman) 577.
Hautkrankheiten (Finger) 257; (Whitfield) 469.
—, fieberhafte, bei Kindern 276.
— und Diät (Stelwagen) 205; (G. H. Fox) 205.
— und Autointoxikation (Grofs) 527.
— und Flagellata (Selenew) 100.
— und Indikan im Urin (Engman) 207.
— und innere Störungen (Bulkley) 158.
— intestinalen Ursprungs, Behandlung der (Ehrmann) 568.
— und Mundschleimhaut (Schäffer) 200.
—, Diagnose der (Schalek) 253; — durch Schaben (Brocq) 33; (Jourdanet) 438.
— und Stoffwechsel 275.
—, kokkogene (Jessner) 215.
—, Handbuch der (Mraček) 214. 355.
—, drei (Oppenheim) 295.
Hautkrankheitenatlas (Jacobi) 311.
Hautkrankheitenbehandlung (Biddle) 258; — des Gesichtes (Jacquet) 569.
— mit flüssiger Luft (Whitehouse) 570.
Haut- und Drüsenkrankheiten der Inguinal- und Schenkelgegend (Photinos) 215.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, therapeutisches Taschenbuch (Blaschko und Jacobsohn) 625.
Hautresorption 275.
Haut- und Sehnenknochen (Koch) 374.
Hauttalgsekretion 276.
Hebammenversicherung (Schindler) 216.
Heilmittel, neuere (Rahn) 313.
Helmitol (Rovasio) 266; (Miserochi) 313; (Frezza) 376; (Spindler) 377; (Schwarz) 377; (Bering) 377; (Kelemen) 431; (Tanaka) 431; (Halbhuber) 434; (Grosz) 471; (Romo) 471; (Rappauer) 472; (Planques) 472; (Comosci) 472; (Merck) 565.
Henochs Purpura s. Peliosis rheumatica.
Herpes 128. 200. 559. 602.
— bei Meningitis (Einhorn) 576.
— facialis (Spiegler) 151.
Herpes gestationis 297.
— iris circinatus (Grünfeld) 302.
— — recidivus 513.
— menstrualis 527.
— recidivans chronicus in loco (Westberg) 198.
Herpes tonsurans s. Trichophytie.
Herpes zoster s. Zoster.
Herpesartiges Exanthem (Danlos) 244.
Herpesnarbe mit Cyste (Warner) 204.
Hetralin (Fries) 376.
Hirschsprungsche Krankheit s. Morbus Hirschsprung.
Hodenektopie (Cocuzza) 175; — mit Torsion (Boese) 175.
Hodenektopiebehandlung (Coudray) 98.
Hodenneubildung (Genouville und Fenestre) 555.
Hodentumor, maligner (Walmsley) 432.
Hörsaal Finger, Besuch des 153.
Homosexualität und Frauenbewegung (Hammer) 612.
Hornbildung am Kopfe (MacEwen) 119.
Hühneraugen s. Clavus.
Hufeisennieren (Robinson) 99.
Hundswut, Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für (Keller und Tomarkin) 628.
Huntersches Geschwür s. Initialsklerose.
Hunters Lebensziele (Butlin) 175.
Hydradenitis s. Spiradenitis disseminata.
Hydrargyrum s. Quecksilber.
Hydroa 244. 297. 470. 514. 610; (Knowles) 208; (Boeck) 277; (Metscherski) 503.
— aestivatis s. Hydroa vacciniformis.
— vacciniformis 155; (Wolters) 154; (Scholtz) 196.
Hydrocele mit Varicocele, geheilt durch Radikalinzision (Smith) 100.
Hydrocelebehandlung (Genouville und Péraire) 209.
Hydronephrose (Albarran) 256. 352; (Jungano) 219; — mit Septum der

Urethra (Thompson) 471; — im Kindesalter (Luckow) 471.
Hyperämiebehandlung (Schlatter) 569.
Hyperidrosis. 248. 302. 470. 567. 569; (Anthony) 207.
— axillae, manuum et pedum 128.
Hyperkeratosis suprafollicularis (Piccardi) 309.
Hyperoxalurie (Bergouignan) 473.
Hypertrichosis 351; (Kreuzfuchs) 169.
— circumscripta (Mucha) 153; — mediana (Landau) 375.
Hypertrichosisbehandlung (Brocq) 615.
— mit Radiotherapie (Leredde und Martial) 171; (Leredde und Martial) 558.
Hypospadie 428; (Duhot) 102.

Ichthyol (Merck) 566.
Ichthyosis 75. 470; (Nobl) 151; (Boggs) 254; (Bohaç) 517; (Toyama) 560; — und Phototherapie (Rogers) 504; (Takahashi) 560.
—, congenita 75. 128; (Blaschko) 32; (Humbert) 359.
— hystrix 165. 254; (Bargigli) 156.
— nitida 504.
— universalis (Brytschew) 504.
Ikterus 574; (Kanoky) 374.
—, kongenitaler (Chauffard) 374.
Impetigo 71. 216. 296. 627; (Gaucher) 360.
— und Nierenerscheinungen (Guinon und Pater) 120.
— contagiosa s. Impetigo vulgaris.
— herpetiformis (Kren) 297. 300.
— vulgaris 128. 207. 359. 470. 628. 629.
Impfinstrumentarium (Groth) 315.
Impotenz 97. 253; (Orlowski) 311; (Posner) 431; (Fürbringer) 432.
Impotenzbehandlung mit Barta (Schütte) 612.
— mit Suggestion (Rothmann) 517.
— — Yohimbin (Merck) 568.
Incontinentia urinae (Variot) 172
Induratio penis plastica (Sachs) 195.
Initialsklerose 18. 19. 104. 107. 111. 117. 146. 147. 153. 175. 198. 210. 215. 247. 259. 262. 295. 319. 355. 426. 476. 504. 509. 510. 522. 523. 566. 620; (Ehrmann) 104.
— der Fossa navicularis urethrae (Gaucher und Camus) 245.
— der Urethra bei Hypospadie (Duhot) 102.
—, atypische (Metscherski) 110.
—, extragenitale 200. 275. 518. 514; (Ivanyi) 99; (Baldwin) 110; (Zarubin) 199 307; (Gaucher und Monier-Vinard) 244; (Washburn-Jefferson) 255; (Djatschkow) 427; (Okamura) 560; (Tanaka) 560; — des Augenwinkels (Pistoj) 309; — der Finger 216; — des Gaumens (Renault) 245; — der Lippe (Pollitzer) 298; (Kingsbury) 321; — der Mamilla (Neugebauer) 149; — der Membrana pituitaria (Ramognini) 308; — der Nasenspitze (Ullmann) 151; — der Tonsille 304; (Spiegler) 303: — des Zahnfleischrandes (Gaucher, Camus und Druelle) 245.
Initialsklerose durch Biſs (Kingsbury) 352.
—, schwarze (Selenew) 214.
—, Exzision der (Witte) 198.
Intertrigo 196. 215. 572.
Jodbehandlung, percutane (Lipschütz) 99; (Waldmann) 267.
Jodderivate, organische (Tchayan) 267.
Jodexanthem 514. 622; — nodöses (Schidachi) 272.
Jodspaltung im Organismus (Hemmerling) 570.
Jothion (v. Metnitz) 267; (Er. Richter) 570.
Jucken s. Pruritus.

Kahlheit s. Alopecia.
Kaposis Krankheit s. Xeroderma pigmentosum.
Karbunkel 122. 216.
— und Lidödem (Alonso) 122.
Katheter, Verweil- (Vogel) 427.
Katheterdampfsterilisator (A. Bloch) 464.
Katheteretui, tragbares (Gardner) 350.
Katheterisator, aseptischer (Markus) 427.
Keloid 72. 128. 366. 415. 547. 548. 569. 617. 623. 624. 627; — nach Morphium (Herzog) 366.
Keloidakne s. Akne, keloidähnliche.
Keratangioma und Transplantation (Bán) 368.
Keratoma 589.
Keratoma palmare hereditarium (Jordan) 427.
— senile 545.
Keratosis (Nomere) 218.
— follicularis 470; (Ohno) 212.
— pilaris 128. 254.
— senilis 95. 96.
— spinulosa s. Lichen spinulosus.
Kerion 505.
— Celsi s. Trichophytia capitis.
Knäueldrüsen, Körnchen in den (Fick) 536. 594.
Kolloide 265.
Kondyloma accuminatum 128.
— breites 107. 610.
— spitzes 499; — Spirochäten im (Dreyer) 521; —, X-Zellen-Chromatophoren des (Cedercreutz) 507; —, interne Therapie des (Cedercreutz) 33.

Syphilis des Hirns 114; (Lippe) 118; (Grusdew) 214; (Tiedemann und Nambu) 325; (Lomowitzki) 517; (Marchand und Olivier) 557; — bei Kindern (Fairbanks) 118.
— der inneren Organe (Dolgopolow) 257.
— corymbosa (Oppenheim) 149.
— haemorrhagica der Samenblasen (P. Cohn) 462.
— hereditaria 106. 328. 426. 508. 513. 514. 628. 629; (Duhot) 103; (Wersilowa) 112; (Gaucher und Monier-Vinard) 244; (Troisfontaines) 323; (Jadassohn) 425; (Gaucher) 508; — tarda (Hall) 98; (Levaditi) 103; (Danlos und Blanc) 425; (Saito) 560.
— — und Gefäfserkrankung (Rach und Wiesner) 323.
— — und Tic douloureux (Léard) 212.
— — Neuinfektion bei (Stern) 93.
— — der Knochen (Taylor) 111.
— — der Leber (Fouquet) 256. 308. 508. 557.
— — der Nase 244.
— — der Nägel (Gaucher) 308.
— —, Kinderpflege (Welander) 561; (Heller) 32.
— —, Behandlung der, mit Hydrargyrum benzoatum (Léard) 212.
— maligna 103. 356.
— — und Immunität (Sellei) 322.
— — praecox (Oppenheim) 149.
— —, Behandlung der (Metscherski) 322.
— tertiäre (Malinowski) 499; (Mibelli) 511.
— —, Histologie der (Nikolas und Favre) 211.
— — und Fieber (Weber) 323; (Rolleston) 323.
—, Typhus vortäuschend (Rolleston) 322.
— ulcerosa (Ohno) 560.
— varioliformis (Robbins) 254.
—, viscerale (Mannaberg) 117.
Syphilisbehandlung 274. 514. 564. 614; (Willi Fischer) 62; (Michaelis) 117; (v. Zeissl) 357; (Lukasiewicz) 620.
—, abortive (Jullien) 117.
—, frühe (Thalmann) 117.
—, späte (v. Zeissl) 328.
—, innere (Keil) 118; (Saalfeld) 119.
— mit Arseninjektionen (Dreyer) 145.
— mit Atoxyl (Bruhns) 147; (Levy-Bing) 257; (Lassar) 357; (Hallopeau und Railliet) 425; (Hallopeau) 468; (Romme) 569; (Neisser) 569; —, Vergiftung durch (Waelsch) 265; —, Blindheit durch (Terrien) 558.
— mit Cacodylsäure (Bory) 558.
Syphilisbehandlung mit den Eisenquellen von Spa (Wybauw und Weyer) 117.
— mit Enesol (I. Bloch) 118; (Kamprat) 356; (Merck) 565.
— mit grauem Öl (Duhot, Jullien, Etienne, A. Fournier, Renault usw.) 244; (Duhot) 356; (Zieler) 356.
— mit Injektionen von grauem Öl (Heck) 115; (Duhot) 356.
— — von Hermophenyl (Moutot und Petitjean) 210.
— — von löslichem Hg-Präparat, Tod nach (Kolomoizew) 157.
— — unlöslicher Quecksilbersalze (Rolshoven) 118.
— — von Salicyl-Quecksilber und Merkuriolöl (Welander) 505.
— mit Jod (Tchayan) 267.
— mit Jodkalium (Duhot) 358.
— mit Jothion (Merck) 567; (v. Metnitz) 267; (Er. Richter) 570.
— mit Mergal (Keil) 118; (Kanitz) 252; (v. Zeissl) 357; (Hogge) 358; (Ehrmann) 546; (Merck) 567.
— mit Merkuriol (Merck) 567.
— mit Quecksilber 276; (Levy-Bing) 257; (Merck) 566.
— — —, Fieber (Lindenheim) 102.
— mit Quecksilberschnupfung (Cronquist) 248.
— mit Sajodin (Géronne und Marcuse) 118; (Guszman) 118. 358; (Anacker) 267; (Merck) 568; (Junker) 571; (Eschbaum) 571.
— mit den Schwefelquellen von Barèges (Laroche) 508.
— mit Sozojodolquecksilber (Tausig) 328.
Syphilisprophylaxe (Kreibich) 102; (Le Pileur) 256; (Dupuy) 328; (Fernet) 557; (Metscherski) 611.
Syphilitische Adenitis 215.
— Alopecie (Grünfeld) 298. 302.
— Ammen (Nagelschmidt) 327.
— Arthropathien (Marino) 114.
— Endarteriitis (Ehrmann) 295.
— Geschwulst des Magens und der Leber mit Heilung (Einhorn) 116.
— Irispapel, eitriger Zerfall einer (Guzmann) 114.
— Keratitis 513.
— Larynxstenose (Halsted) 99.
— Leukoplasie 200. 210.
— Lungenerkrankung (Sergent) 115; (Mosny und Malloizel) 557.
— Metrorrhagie (Muratow) 115. 324.
— Myositis (Lozé, Leredde und Martial) 510.
— Nekrose 514; (Ahrens) 324; (Otto) 515.
— Nephritis (Lévy-Franchel) 508. 555.
— Onychia und Paronychia ulcerosa (Nobl) 302.
— Orchitis (Heck) 115.

Syphilitische Paralyse 112. 113. 156. 246. 253; (Morgenroth und Stertz) 60; (Bab) 60.
— Perforation des Gaumens, operativ geheilt (Morestin) 425.
— Psoriasis (Ito) 560.
— Spondylitis (Tscherbakow) 114.
— Stomatitis 211.
— tertiäre Zunkensklerose (Bruhns) 114.
Syphilitischer Diabetes (Lomowitzki) 517.
— Ikterus (Jerinici) 116.
— Lichen (Müller) 296; (Brandweiner) 304; (Lichtmann) 546; — und Rezidivroseola (Gellis) 296.
Syphilitisches Fieber (Géronne) 116; (Mannaberg) 117.
— Geschwür s. Ulcus syphiliticum.
— Leukoderma 298. 302. 334. 513; (Blumenfeld) 115; (Brandweiner) 518.
Syringadenoma 248; (Kyrle) 296.
Syringocystadenom s. Syringadenoma.
Syringom s. Syringadenoma.
Szadek (Warynski) 513.

Tabes 112. 113. 156. 246. 253. 275. 325. 416. 432. 509. 568.
— -Syphilisfrage (Patschke) 326.
Tätowierung (Rosenthal) 32.
Tätowierungsbeseitigung 275.
Talgdrüsen, kongenital 275.
Teleangiektasia 306. 624; — mit Blutung (Beigh) 366.
Tetanusbazillen (Rabinowitsch) 271.
Theophyllin (Thienger) 270.
Therapeutische Revue (Joseph) 546.
Thimol (Dohi) 213.
Tic douloureux (Léard) 212.
Thiosinaminverbindung, neue, und Narbengewebe (Frank) 270.
Tonerde-Anwendung (Saalfeld) 571.
Treponema pallidum s. Spirochaeta.
Trichiasis 360.
Trichinosis 219.
Trichonodosis (Kren) 371.
Trichoepitheliom (Dohi) 213.
Trichomycosis palmellina (Yamada) 560.
Trichophytia 120. 132. 215. 216. 306. 470. 568. 569. 623.
— in Japan (Yamada) 213.
— barbae 195.
— bullosa (Tanaka) 213.
— capillitii (Müller) 149.
— capitis 562.
— corporis 129.
— der Nägel 121.
Trichophytisches Granulom (Mazza) 505.
Trichophytonzüchtung 276.
Trichorrhexis 129; — nodosa 372.
Tripper s. Blennorrhoea.
Tropische Hautulcerationen (Woolley) 123.
Tuberkelbazillen 116. 147. 148. 182. 195. 221. 316. 405. 463. 512. 529. 531. 535. 630. 631.
— -Toxine, Wirkung der auf das Parenchym des Hodens (Marcozzi) 352.
—, Nachweis der (A. Bloch) 259.
Tuberkulid 125. 129. 133. 213. 216. 275. 296. 405. 407. 408. 413. 630; (Weidenfeld) 150; (Trimble) 208; (Leiner) 303.
—, Histologie des (Ito) 213.
—, akneiformes 296; (Ehrmann) 294. 299; (Finger) 300.
—, papulo-nekrotisches (Ehrmann) 295.
Tuberkulidfrage (Jadassohn) 424.
Tuberkulin (Pospelow) 611.
Tuberkulinimpfungen 274.
Tuberkulöse Adenitis 215.
— Cystitis (Wildbolz) 462; (Pillet) 554.
— Epididymitis und Stauungshyperämie (Rothmann) 214.
— Fistel 266.
— Geschwür s. Ulcus tuberculosum.
— Lymphadenitis 622.
— Lymphangitis 425.
— Lymphdrüsen (Jones) 465.
— Nephritis (Bromberg) 254.
Tuberkulosis 45. 111. 112. 114. 120. 124. 156. 177. 180. 181. 182. 183. 207. 212. 219. 221. 245. 274. 294. 325. 335. 336. 357. 370. 405. 406. 407. 408. 409. 413. 416. 417. 418. 419. 424. 425. 433. 435. 461. 463. 464. 470. 512. 525. 531. 611. 631.
— -Übertragung (Ullmann) 57.
—, verimpfte (Grosser) 307.
— und subcutanes Emphysem (Krencker) 171.
— und Hautkrankheiten (Beck) 125.
— und Syphilis (Sergent) 327.
— der Blase 565.
— cutis 129. 183. 216. 254. 307. 569. 571; (Jadassohn) 425; (Wallis) 630; — experimentelle (Kraus und Gross) 630; — Behandlung der (MacGowan) 631; — — mit Röntgenstrahlen (Toyama) 213.
— framboësiformis 194; (Reines) 248.
— miliaris 169. 317; (Ehrmann) 147; — ulcerosa (Nobl) 295.
—, papilläre (Holländer) 32.
— papillomatosa (Nobl) 302.
— —, Carcinom und Phlebitis (Ullmann) 148.
— verrucosa 129. 133. 216. 425. 503. 569.
— der Schleimhaut, sputigene Infektion (Oppenheim) 148.
— — oder Syphilis (Finger) 153.
— der Genitalien (Legueu) 172.
— des Hodens (Marcozzi) 352; —, Behandlung der (Loze und Privat) 218; — mit Kastration (Ilieff) 432.

Tuberkulose des Kehlkopfes 624.
— der Leber (und Syphilis?) (Walt. Fischer) 116.
— der Lymphdrüsen und Röntgenstrahlen (Jacobaeus) 317.
— des Nebenhodens 622.
— der Niere 259. 554. 565; (Sato) 212; — Spontanheilung (Deschamps) 210.
— der Prostata (Albarran) 435; — und der Samenblasen (Guisy) 618.
— der Urethra (Hartmaan) 96.
— des Urogenitalapparates 259.
— der Zunge (Morestin) 426.
— und Cystoskopie (Meyer) 377.
Tuberkulosisbehandlung 565. 567. 569. 622. 624; (Wernich) 316.
— mit Jod und Quecksilber (Wolters) 548.
— mit Jodkalium bei Fieber (Hoffmann) 545.
— mit Milchsäure und Sonnenlicht (Weiss) 59.
Tuberkulosis-Prophylaxe (Ullmann) 57.
Tumor, eigentümlicher 275.

Ulceration (Marcuse) 545.
Ulcus 306. 314. 429. 499. 631.
— cruris, Behandlung des (Sakurane) 195; — ambulante (Jessner) 170.
— durum s. Initialsklerose.
— molle 129. 215. 216. 259. 361. 626. 516; (Balzer und Galup) 426.
— —, Ätiologie des (Serra) 250.
— — -Bacillus (Serra) 155. 202.
— —, Bakteriologie der Lymphangitis nach (Colombini) 505.
— —, Behandlung des (Duque) 349; — mit Cuprum sulfuricum (Pawlow) 361; — und Komplikationen (Ivanyi) 253; — — mit Radiotherapie (Nencioni und Paoli) 121.
— phagedaenicum 210; — chronicum (Dohi) 213; — und Stauungshyperämie (Bruns) 170.
— rodens 95. 166. 509. 514. 624.
— serpens corneae (Fr. Cohn) 218.
— serpiginosum 215.
— simplex der Blase (G. Walker) 174.
— specificum s. Initialsklerose.
— syphiliticum 117; (Selenew) 214; (Balzer und Galup) 426; — schwarzes 623.
— tuberculosum 129. 622. 624; (Spiegler) 295; (Weiss) 59.
— varicosum 569; —, Radikale Behandlung des (Giere) 99.
— —, und Radiumbehandlung (Wickham und Degrais) 245.
— venereum 514; — Adenitiden und Radiotherapie (Paoli) 308.
Ulerythema centrifugum 33. 72. 242. 263. 274. 332. 333. 335. 336. 337. 349. 351. 407. 408. 409. 413. 414. 415. 416. 418. 424. 425. 438. 611. 631; (Weidenfeld) 150; (Oppenheim) 152; (Inonye) 213; (Takahashi) 213; (Ehrmann) 299; — capillitii 152; — auch des Lippenrots (Kren) 153; — der Schleimhaut, primäres (Balzer und Galup) 426.
— — discoides (Nobl) 147; (Kren) 153.
— — disseminatum 303; (Weidenfeld) 150; (Ehrmann) 295; (Toyama) 560.
— —, tödliches (Short) 350.
— —, Behandlung des 570. 622. 624; (Brocq) 372; (Jadassohn) 424.
Uretercystoskop (Wossidlo) 462.
Urethra, Fremdkörper in der (Grosse) 173; —, Extraktion einer Nadel aus der (Parsons) 100.
Urethrabesichtigung (Goldschmidt) 429.
Urethra-Einfettung bei der Katheterisierung (Bonneau) 96.
Urethralirrigation (Bacon) 430.
Urethralkrankheiten und Galvanokaustik 276.
Urethralspülungen mit Katheter (Duchastelet) 354.
Urethralspritze Perplex (Merzbach) 612.
Urethralstriktur (Ch. S. Stern) 253; — angeborene (Posner) 172.
— und Behandlung (Batut) 353; — mit Elektrolyse (Minet) 617.
Urethritis 92. 93. 221. 275. 464. 514.
— und Phototherapie (Rogers) 349.
— beim Weibe (Fellner) 475.
—, chronische, und Behandlung (Nobl) 225.
— katarrhalische (Dunlop) 100.
— und Phototherapie (Rogers) 349.
—, Spüldilatator bei (Donnadieu) 98.
Urethroskop mit Wasserdehnung (G. Walker) 427.
Urin, Fäden im (Saxe) 221.
Urin s. auch Harn.
Urogenitalkrankheiten, Jahresbericht (Kollmann und Jacoby) 517.
Urogenital-Untersuchung (Miller) 99.
Urologie (Brongersma) 175.
Urologische Arzneipräparate, neuere (Tance) 375.
— Operationen mit Lumbalanästhesie (Engelmann) 376.
Urologischer Untersuchungstisch (Duhot) 355.
Urticaria 45. 71. 122. 129. 205. 271. 293. 300. 414. 470. 558. 573.
— und Oedema angioneuroticum (Donegana) 573.
— arteficialis (Winternitz) 198.
— chronica 99.
— factitia 568.
— perstans (Inouye) 560.
— pigmentosa 414. 416.

Vaccina generalisata (Lesser) 33; (Stein) 196; (Danziger) 628; — lokalisierte (Hochsinger) 56; (Nedden) 56.
Vaccine-Erreger (Paschen) 52; (Siegel) 52; (Mühlens und Hartmann) 52; — Filtrierbarkeit des (Carini) 53.
Vaccine, Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für (Keller und Tomarkin) 628.
— -Injektion (Nobl) 49; (Knoepfelmacher) 51. 629.
— -Lymphe (Schenk) 54; (Stumpf) 54; (Diesing) 54.
— und Ekzem (Groth) 55.
Vaccination 48. 55. 204. 244. 629; — nach Fieber (Näcke) 51.
— 1762 (Gätzen) 48.
— in Bayern (Stumpf) 48.
Vaccinationsschäden (Georgii) 55; (Fage) 55; (Hallopeau und Gastou) 244; (Grobelny) 359.
Varicella 35. 40. 55. 360.
—, Antistaphylolysin des Serums bei (Béttancourt) 628.
—, Parasiten der (Korté) 47.
—, Morbilli und Pertussis (Meitner) 627.
—, konfluierende haemorrhagische (Porter) 627.
Varicen 245. 569; (Giere) 99.
Varicenbehandlung mit künstlicher Thrombose (Tavel) 170.
Varicocele 219.
— mit Hydrocele, geheilt durch Radikalinzision (Smith) 100.
Varicocelebehandlung mit Essigsäure-Injektion (McCully) 99.
Variola 40. 46. 48. 154. 254. 271. 553. 577. 628. 629; (Wassermann) 47; (Drewitz) 48; (Wolfe) 254; (Cöster) 315.
— im alten Testament und im Eberschen Papyros (Ebbell) 627.
—, Parasiten der (Korté) 47.
—, Antistaphylolysin des Serums bei (Béttancourt) 628.
—, hämoneutrophile Formel bei (de Mello) 627.
— Spirochäten bei (Sakurane) 318.
— und Variolois (Merrill) 628.
— -Komplikationen an den Augen (Trousseau) 314.
— -Übertragung vom Impfling auf die Mutter (Pilf) 628.
— in Algier (Crespin) 46.
— in Ostasien (Münster) 47.
— in Wien (X.) 627.
—, atypische (Earp) 48.
— levis 48.
Variolabekämpfung (Platon) 48.
Variolois 48; (Wolfe) 254; (Cöster) 315.
Venerische Ansteckung 469; (Schindler) 216.
— Krankheiten 499; (G. Herbert) 523.
—, Prophylaxe und Behandlung der (Pedersen) 262.
Verbrennung 40. 571. 576.
— und Tetanie (Etter) 278.
Veronal (Strassner) 574.
— -Dermatitis (Bulkley) 573; (House) 574.
Verruca 129. 365. 503. 547. 577. 581. 592.
— plana juvenilis 129.
— sebacea 129.
—, seborrhoische 545.
Verrucabehandlung 624; (Alvarenha) 367.
— mit Röntgenstrahlen, Multiplexverfahren mit Schablonen (Jirotka) 167.
Vesikulitis 221.
Vierte Krankheit (Hilsum) 46.
Vitiligo 115. 129. 167. 215. 624.

Wanderniere 463.
Warzen s. Verruca.
Wassermannsche Reaktion (Terebinski) 517.
Weiße Flecke, Histologie der (Pinkus) 146.
Wollfett (Unna und Lifschütz) 234.
Wundbehandlung 567.
Wurmfortsatz als Bruchinhalt (Clairmont) 174.

Xantelasma 589.
Xanthoma diabeticorum (Lancashire) 350.
— — und Nervenchok (Tscherbakow) 100.
— — tuberosum multiplex (Sack) 257.
Xeroderma pigmentosum 11. 21. 76. 141. 470. 513; (Vignolo-Lutati) 21. 72; (Ito) 560; (Nishikawa) 560.
— — und Augenleiden (Kodama) 560;
— — und Carcinom, tödlich (Gussmann) 200.
— — incipiens (Reines) 302.
— — epitheliomatosum 21.
— — tardivum s. Carcinoma der Seemannshaut.

Yaws s. Framboësia.

Zecken (Neumann) 375.
Zinkperhydrolsalben (Th. Mayer) 201.
Zoster 71. 72. 128. 165. 563; (Sachs) 559.
— und Sensibilitätsstörungen (Petrén und Bergmark) 274.
— bullosus et haemorrhagicus (Yamada) 212.
—, Behandlung des Gesichtsschmerzes, der Ischias und der Neuralgien bei (Robin) 576.
Zunge, schwarze s. Nigrities linguae.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abe, Nakao, Über die Kultur der Gonokokken 521.
Abraham 415. 423.
Abrahams, Robert, Seebäder in der Dermatologie 99.
Adachi 171.
Adamson 34.
Addison 370. 371.
Adrian, C., 30. 31. 72. 73. 75. 89.
Aeby 81. 134. 135. 136. 190. 191.
Ahrens, Hans, Über luetische Nekrose am Alveolarfortsatz der Kiefer 324.
Ajello 143. 193.
Akutsu, S., Über operative Behandlung der Blasengeschwülste 560.
Albarran, Die Pathogenese der Hydronephrosen 252. 256.
— Die Pathogenese der erworbenen Hydronephrosen 352.
— Über einen Fall von Leukoplakie der Harnblase 353.
— Die Tuberkulose der Prostata 435.
Albes, A., und Rosenberg, E., Harnchemie 517.
Albrecht 140.
Alderson, Harry Everett, Die Opsonine und gewisse bakterielle Hautkrankheiten 254.
Allen 28. 414.
—, H. W., van, Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Lupus vulgaris 59.
Alonso, D. G., Lidödem wegen Karbunkel 122.
Altmann, P. 474.
Alvarenha, Zoroastro, Behandlung der Warzen 367.
Amende 567.
Amicis, T. de, 21. 24. 89. 415.
Anacker, Otto, Über Sajodin 268.
Anderson 5. 9. 10. 12.
André, Uber die Unverträglichkeit des Quecksilberoxycyanids mit Jodkalium 619.
Ansaldo, L., und Bruschettini, A. Studium über den Gonococcus 520.
Anthony, Henry G., Die Skrophula-Akrodermatosen, Hyperidrosis und Granulosis rubra nasi 207.
Araujo, Silva 13.
Arbeit, Die sanitätspolizeilichen Ermittelungen bei Scharlach auf Grund praktischer Erfahrungen in dieser Hinsicht 36.
Arcelin, Technik der Röntgenuntersuchung der Harnwege 553.
Archambault 27. 29. 89.
Arndt, Lichen planus; Kopf, Anus 545.
— Kankroid am rechten Schulterblatt 545.
— Pityriasis rubra pilaris, psoriasisähnlich 545.
— 545.
Arning, Ed., und Klein, C., Die praktische Durchführung des Nachweises der Spirochaeta pallida im großen Krankenhausbetrieb 522.
Arnozan 29. 87. 89.
Arsonval 63. 64. 65. 70. 71.
Arturo, B. U., 563.
Arzperger 432.
Asch, Paul, Urethroskopische Beiträge zur Diagnose, Therapie und Prognose des Trippers und seiner Folgen 462.
Aschenheim, Erich, Ein Fall von multiplem Aortenaneurysma auf luetischer und atheromatöser Grundlage 324.
Audry, Ch., 3. 9. 10. 12. 22. 25. 30. 87. 89. 297. 442. 483.
Ausderau, Jakob, Über die Beziehungen der Syphilis zur perniciösen Anämie 324.

Bab, H., Kurze Mitteilung zu dem Aufsatze von Prof. Wassermann und Dr. Plaut über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern 60.

Babes 538. 602.
—, V., und Vasilin, A., Die Atoxylbehandlung der Pellagra 574.
Bacon, J. H., Neues Prinzip bei der Irrigation der Urethra mittels Instrument 430.
Baer, J., Ein neues verbessertes Cystoskop „Pancystoskop" 463. 555.
Bailey, Benjamin F., Syphilis und der Staat 99.
Bainbridge, William Seaman, Trypsin beim Carcinom — ein vorläufiger Bericht 366.
Baldwin, A., Bericht über einen Fall von Primärsyphilid der Nasenhöhle 110.
Ballenger, Edgar G., Diagnose der Prostataerkrankungen 434.
— Gibt es eine Syphilis, die spontan abortiv verläuft? 504.
Ballin, Milton J., Ein Fall von Rhinosklerom, mit X-Strahlen behandelt 162.
Balzer 3. 4. 9. 10. 12. 22. 27. 89. 404. 410. 414. 419. 423.
— und Galup, Primärer Lupus erythematosus der Schleimhaut 426.
— — Schanker am After und mehrere Schanker an den grofsen Schamlippen 426.
—, F., und Merle, P., Livedo inflammatoria 246.
Bán, H., Ein Fall von Keratangioma, geheilt durch Thierschsche Transplantation 368.
Bandler 22. 27. 89. 274.
Banti 494.
Barannikow, Zur Technik der Silberfärbung der Spirochäte Schaudinn 106.
Bardeleben, Karl v., 537. 602.
Bargigli, Über einen Fall von Ichthyosis hystrix 156.
Barlow 85. 447. 448.
Barrucco, Nicolo, Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehung zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane 216.
Barthelemy 15. 357.
Bartrina, J. M., und Pascual, J.. Ein Fall von polycystischer Erkrankung der Nieren 353.
Basedow 64.
Bastide und Nicolle, C., Die Lepra in Tunis 347.
Batschis, Leopold 288.
Batut, Louis, Über die Harnröhrenstrikturen und ihre Behandlung 353.
— 566.
Bauer, v., 362.
Baum 442.
Baumgarten 219.
Bayard, A. 30. 31. 72. 73. 89.
Bayer, Hugo, Über die Behandlung von Neugebilden mittels des elektrischen Stromes 366.
Bayet, Beobachtungen an 2250 Syphilisfällen 321.
Bazin 154. 512. 560. 631.
Beard 366.
*Beck, S. C., Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten 125.
— 26. 336. 337. 342. 344. 345. 408. 409. 423.
Becker, Ph. F., Eine Bandage zur Fixierung von Verbandstoffen am Penis 428.
Behrend, Ph. 347.
Beigh, W., Über einen Fall von Teleangiektasie mit Blutung 366.
Beitzke, H., Zur Kritik der Silberspirochäte 110.
Beke 66.
Belanine, Wladimir, Beiträge zur Kenntnis des Blutdruckes bei Krankheitszuständen 313.
Belot, J. 89.
Benda, C., Zur Kritik der Levaditischen Silberfärbung von Mikroorganismen, Diskussion über 109.
— Zur Levaditi-Färbung der Spirochaeta pallida 260.
— 276.
Bendix, Ludwig, Zur Verschwiegenheitspflicht der Ärzte 551.
Beningnetti 166.
Béniqué 217. 618.
Bennett, Homer C., Postoperative Röntgenbestrahlung und ihre Behandlungstechnik, Photographierungen, Geschichte und Bericht von einem Fall 98.
Benoist 620.
Bentivenga 249.
Benziger 29.
Benzler 478.
Beranck 180.
Berblinger, W., Traumatische, intraperitoneale Ruptur der Blase (Laparotomie), Heilung 430.
Bergmann 275. 276.
—, P. 567.
—, von 99. 161.
Bergmark, G., und Petrén, Karl, Über Sensibilitätsstörungen bei und nach Herpes zoster 274.
Bergouignan, Albuminurie und Hyperoxalurie 473.
Berkefeld, N. 53.
—, V. 53.
Berliner, Max, Ein Beitrag zur Sykosisbehandlung 120.
Bernart, F., Komplikationen bei intravenösen Quecksilberinjektionen 253.
Bernhardt, Robert, Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) 166.
— Über kombinierte Behandlung des Lupus vulgaris 624.
Bernheimer 563.

Bernig, Über einige neuere Heilmittel 377.
Bernstein 612.
—, M. 356.
Berry, H. P., Langes Fortbestehen der Infektiosität bei gewissen Fällen von Scharlach 38.
Bertarelli, E., Über die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen 61.
— Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis 155.
— Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser (Hund) und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis 319.
— Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affenarten und der Meerschweinchen für dasselbe 320.
— 62. 259. 320. 352. 489.
Berten 324.
Besnier 21. 28. 132. 150. 334. 345. 409. 413. 422.
— und Thibierge, Nachruf für Doyon 553.
Béttancourt, Untersuchungen über das Antistaphylolysin des Serums bei der Variola und den Varicellen 628.
Bettmann 76. 89. 535.
Bettolo 89.
Beurmann 29. 89. 334. 344. 345. 360. 407. 408. 413. 422. 423. 442.
— und Gougerot, Über tuberkulide Sporotrichosen 553.
Bial 475.
Bickel 265.
—, Adolf, Masern und Appendicitis 627.
Biddle, Andrew P., Richtige Applikationen und richtige Verbände in der Behandlung der Hautkrankheiten 253.
Bie 509.
Bielschowski, Max, Über sensible Nervenendigungen in der Haut zweier Injektivoren (Talpa europaea und Centetes ecaudatus) 519.
Bier 105. 121. 170. 195. 214. 261. 299. 361. 362. 464. 516. 523. 569.
Billet 359.
Billinkin 293.
Binder 564.
Biondi 598.
Bircher 436.
Birckenstaedt, August, Über Athetose 103.
Birnbaum, M. 565.
Bittorf, A., Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen 433.
Bizard 14. 15.
—, L., Nigrities linguae 245.
— Nigrities linguae als Folge des Gebrauchs von Wasserstoffsuperoxyd 467.
Blackader, A. D., und Gillies, B. D., Allgemeininfektion mit dem Bacillus coli, rasch zum Tode führende Septikämie und Hämoglobinämie 222.
Blair, Thomas S., Arzneiwirkungen auf die Haut 349.
Blanc 497.
— und Danlos, Symmetrische Lymphome 246.
— — Syphilis hereditaria tarda 425.
Blaschko, A., Angeborene Ichthyosis 32.
— Die Spirochaeta pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeſs 106.
— Bemerkungen und Demonstrationen zur Spirochätenfrage, Diskussion über 109.
— Über den heutigen Stand der Lupustherapie 317.
— 13. 14. 15. 32. 62. 109. 138. 192. 357. 545. 547. 616.
—, Alfred, und Jacobsohn, Max, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten 625.
Bloch, Arthur, Ein rascher Nachweis des Tuberkelbacillus im Urin durch den Tierversuch 259.
— Über einen neuen Katheterdampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter 464.
*Bloch, Bruno. Beitrag zur Kenntnis des Lupus pernio 177.
— Iwan, Über eine Verbindung von Quecksilber und Arsenik, das Enesol, als Heilmittel bei Syphilis 118.
— Persönliche Eindrücke von meiner diesjährigen Vortragsreise 552.
Blochmann 55.
Blochwitz, Ph., Die Schwierigkeiten der Erziehung der älteren weiblichen Fürsorgezöglinge, insbesondere an Prostituierten 349. 460.
Blokuszewski 625.
Blum 172.
Blumenfeld, Anton, Leukoderma lueticum et psoriaticum 115.
Bodin, E., Ein neuer Favuspilz 553.
— Dermatologischer und syphilidologischer Unterricht für den praktischen Arzt und den Spezialisten 559.
*Boeck, C., Die Lokalisation der Dermatitis herpetiformis (Duhring) 277.
— 125. 249.
Böhm 539.
Böhmer 598.
Boese, Julius, Ein Fall von Stieltorsion eines sarkomatös degenerierten Bauchhodens 175.
Boesl, Clemens, Ein Beitrag zur Ätiologie der Psoriasis 120.
Boggs, Russell H., Betrachtungen über Ichthyosis, Bericht über einen Fall von ungewöhnlicher Lokalisierung 254.
Bogolepoff und Gastou, P., Erythrodermia desquamativa und bullöse Haut-

erkrankungen mit Veränderungen in der Schilddrüse und den Nebennieren 245.
Bogrow 503 610.
—, S. L., und Marzinowski, E. J., Die Blastomyceten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten 249.
— und Metscherski, Die Hauptkliniken und Hospitäler für Dermatologie im westlichen Europa im Sommer 1907 580.
Bohaç, Carl, Über einen Fall von Erythema annulare recidivans 249.
— Beitrag zur Kenntnis des Naevus (systematisatus) ichthyosiformis 547.
Boikow 336. 345. 408. 409. 423.
Boisson, Die Kontagiosität der Scarlatina und ihre Prophylaxe 38.
Boltine, Lydia, Ein Beitrag zur Kenntnis des Indols und Phenols im Harn von Kranken 473.
Bolton, J. S., Die Behandlung der Prostatahyperämie mittels elektrischer Methoden 434.
Boncard 563.
Bonneau, Raymond, Einfetten der Urethra und nicht des Instrumentes bei der Katheterisierung 96.
— Indikationen und Technik der Meatotomie 173.
— Die Behandlung der periungualen Eiterungen 360.
Bordet 156.
Bordier 64.
Borey, A. H., Neue Phimosisklammer 429.
Bormann 373.
—, S., Die Haarparasiten bei Kindern 120.
Borne, van den 364.
Borrel 101. 103.
Borrowman, Philipp G., Eine ungewöhnliche kongenitale Affektion der Haut.
Boruttau, H., Der Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn 223.
Bory, Allgemeines papulöses Sekundärsyphilid erfolglos behandelt mit großen Dosen von Cacodylsäure 558.
Borzecki 1.
*Bosellini, P. L., Über eine warzenartige Dermatitis der unbedeckten Körperstellen 581.
— 597. 600. 602.
Bass 358. 567.
Boudet und Hallopeau, Lepra mixta 245
Bouffard 160. 161.
Boulud, R., und Carle, M., Über Seifenpomaden 255.
Bouveyron 293.
Brandeis, Jullian Walter, Blutsverwandtschaft: ein Faktor der Immunität gegen Scharlach 578.
Brandweiner, Lichen ruber accuminatus 303.
— Lupus tumidus serpiginosus 304.
— Gummöse Ulcerationen 304.
— Gruppierter Lichen 304.
— Lichen scrophulosorum 304.
— Leukoderma syphiliticum 518.
— 152. 484. 485.
Brassavolus 323.
Brault, Pellagra 246.
Braun 566. 604. 605. 606. 607. 609.
—, O., 388. 450.
Breinl, Anton, Kinghorn, Allan und Todd, John L., Versuche, Spirochäten durch die Bisse der Bettwanze zu übertragen 105.
Brelet, Die frühzeitige Diagnose der Masern 44.
Bremerman, L. W., Hämaturie 504.
Broca, A., Blasenstein bei einem vierjährigen Knaben 353.
Brocq, L., Vorläufige Mitteilung über die Bedeutung des Schabens mit einer Curette für die Diagnose der Hautkrankheiten 33.
— Die Behandlung des Lupus erythematodes 372.
— Miliaria papulo-pustulosa 468.
— Bemerkung über die Behandlung der Hypertrichosis 615.
— 28. 332. 409. 412. 419. 420. 421. 423. 438. 442. 509. 510. 545. 558.
Broers 26. 89.
Brongersma, H., Die Urologie, ein selbständiger Teil der medizinischen Wissenschaft 175.
Bromberg, Perry, Tuberkulöse Nephritis 254.
Bronson 416.
Brooke 166.
Brown, Philipp King, Coccidiengranulome 164.
Browning 416.
Bruck 321. 517. 628.
Brüder 21.
Brüning 61.
—, A., Über Protargol und seine Lösungen 571.
Bruhns, Behandlungserfolge der Lues mit Atoxyl 147.
— 274.
—, C., Diagnose und Therapie der syphilitischen tertiären Zungensklerose 114.
Brumpt, Emile, Die Mycetome 160.
Bruni, C., Über einige Fälle aus dem Gebiete der Nierenchirurgie 463.
Brunn, v. 537. 539. 602.
Bruns, M., Die „Biersche Methode“ bei der Behandlung der atonischen und phagedänischen Geschwüre der Extremitäten 170.
Bruschettini, A., und Ansaldo, L., Studium über den Gonococcus 520.

Hamm 104.
Hammer, W., Anmerkungen zu: Ertel, Aktenmäfsige Darstellung eines Falles masochistischer Triebverirrung 347.
— Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorge - Erziehungstages am 11.—14. Juni 1906 zu Breslau 347. 348. 349. 460.
— Über gleichgeschlechtliche Frauenliebe mit besonderer Berücksichtigung der Frauenbewegung 612.
— 349.
Hansemann, v. 219. 463.
Hansen, Armauer 110 346.
Hardaway 466.
Hargrewe 273.
Harrington, Charles, Milch als Infektionsträger 578.
Harris, P. S., Scharlach und Puerperium 40.
Harrison, A. J., Dermatitis aus äufseren und Dermatitis aus inneren Ursachen 526.
Hartmaan, Henri, Die hypertrophische und stenosierende Tuberkulose der Urethra beim Weibe 96.
Hartmann 32. 321. 379. 391. 421. 422. 449. 450.
—, Max, und Mühlens, P., Was wissen wir über den Vaccineerreger? 52.
— — Berichtigungen zu der Publikation Siegels „Zur Kritik der bisherigen Cytorrhyctesarbeiten“ 107.
Harttung, Nekrolog Putzler 200.
— und Foerster, Otfried, Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage 246.
Hartzell 571.
Harz 160.
Haschard 323.
Haslund 628.
Hauffe, G., Chronische Hautinfiltration bei einem Phthisiker mit hyperämisierenden Prozeduren behandelt 121.
Heard, W. N., Über die Wirkung einiger Medikamente bei einem Fall von blennorrhoischer Ophthalmie 225.
Hebra 206. 213. 297. 300. 301.
Hecht, A., Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel 163.
Heck, Wets, Ein Fall von syphilitischer Orchitis, behandelt mit intramuskulären Injektionen von grauem Öl 115.
Heidenhain 598.
Heidingsfeld, M. L., Hautmyome 166.
Heim, P., Akute, idiopathische Gangrän im Säuglingsalter 364.
Heine 436. 437.
Heinze 606.
Hektoen, Ludwig, Ist Scharlach eine Streptokokkenkrankheit? 37.
— Der opsonische Index bei gewissen akuten Infektionskrankheiten 578.
Helbig, C. E., Zu dem Schrifttume über den Condom 528.
Helbing 391.
Heller, Julius, Zweckmäfsige Organisation der Heime für hereditär-syphilitische Kinder 32.
— Gruppiertes papulöses Exanthem 146.
— Blaseneruption 146.
— Cutis plicata 248.
— Kann Lichen ruber planus eine Unfallfolge sein? 365.
— Desinfektion bei den durch tierische Parasiten hervorgerufenen Hautkrankheiten 375.
— 32. 146. 545.
*Hellmich, W., Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmentes 134. 184.
Hemmerling, Hans, Die Spaltung einiger unlöslicher Jodverbindungen im tierischen Organismus 570.
Henle 447.
Henoch 575.
Henri, Victor 361.
Henriques 391.
—, R. 237.
Herbert, Georges, Wo werden die venerischen Krankheiten erworben, was geschieht dagegen und was sollte dagegen geschehen? 523.
Herbig 391.
Herfft 269.
Herrmann, Hans, Bücherbesprechungen 517.
Herscher 410. 415.
Herschmann, Beatrice, Über die im Gefolge der akuten Cerebrospinalmeningitis auftretenden Erytheme 271.
Hertwig, R. 140. 143. 192.
Herwig, Paul, Ein Fall von Morbus Addison 370.
Herxheimer 79. 82. 252. 421. 422.
Herzog, Maximilian, Ausgedehnte multiple Keloide. Drei Fälle bei Chinesen als Folge gewohnheitsmäfsiger Morphiuminjektionen 366.
Hesse, E., und Stern, Carl, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht) 305.
Heubner 45. 214.
Heuck, Wilhelm 532. 533.
Heuss 29. 76. 90. 329. 333. 334. 337. 340. 342. 343. 344. 345. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 413. 415. 416. 419. 421. 422. 502.
Heymann 275.
Heynold 537. 538. 594. 602.
Hildebrandt, W., Zur Ätiologie des Erythema nodosum 124.
Hilsum, Die „vierte Krankheit“ 46.
Hirsch 566.
—, Charles S., Die Anwendung von

Jod bei Harn- und Geschlechtskrankheiten 349.
Hirschler 466.
Hirschsprung 428.
Hochsinger, Karl, Ein Fall von lokalisierter Generalvaccine 56.
Hoffmann, Erich, Demonstration von mit Syphilis geimpften Affen 61.
— Pseudopelade 545.
— Phlyktaenuläres Exanthem bei Blennorrhoe 545.
— Fieberhafte Lungenphthise, Jodkalium 545.
— 13. 62. 107. 108. 109. 146. 147. 352. 357. 414. 522. 545.
Hogge, Erfahrungen über das neue Antilueticum Mergal 358.
Holländer, Papilläre Hauttuberkulose 32.
— 32, 146.
Holloway, T. B., Conjunctivitis blennorrhoica bei Erwachsenen und Kindern 478.
Hollstein 146.
Holtzmann, Friedrich, Über Ätiologie und Prophylaxe der Chlorakne 273.
Holzknecht 171. 263. 510. 558. 559. 620.
Honda, Über Cholesteatom an den Handtellern 213.
Hoorn, van 497.
Hopf 275.
Hoppe-Seyler 381. 384. 396. 443. 445.
House, William, Veronal-Dermatitis 574.
Huber, A., Die Verbreitung des Lupus vulgaris in Ungarn 58.
— Fieber nach Röntgenbehandlung 263.
Hübner, Hans, Zur Lehre von der Lues nervosa 112.
— Über moderne Syphilisforschungen 552.
Hübschmann, Clara, Zur Kenntnis der Aplasia pilorum intermittens (Moniletbrix, Spindelhaare) 372.
Hülsberg 348.
Hufeland 172.
Hugues, Charles Hamilton, Verstümmelungen infolge Geistesstörungen durch geschlechtliche und onanistische Exzesse 100.
Humbert, Catherine, Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis congenita 359.
Hunter 323.
—, John 175.
Hutchins 73.
Hutchinson, Jonathan, Die Isolierung von Leprakranken im Kapland 57.
— 111. 155. 227. 425. 497.
Hutten, Ulrich von 323.
Hyde, Nevins 95. 201. 509.
Jacobaeus, H. C., Ein Fall von Lymphdrüsentuberkulose, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufend, und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen 317.
Jackson 206.
Jacobi, E., Atlas der Hautkrankheiten 311.
Jacobsohn, Ludwig, Die sexuelle Enthaltsamkeit im Lichte der Medizin 175.
—, Max, und Blaschko, Alfred, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten 625.
Jacoby 202.
— und Kollmann, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates 517.
Jacquet, L., Eine einfache Behandlungsmethode gewisser Dermatosen und Deformationen des Gesichtes 569.
Jadassohn, J., Syphilidologische Beiträge 247.
— Spirochaeta pallida 424.
— Lupus vulgaris und Lupus erythematosus 424.
— Pigmentierungen der Haut, Epheliden, Chloasma 424.
— Demonstrationen zur Tuberkulidfrage 424.
— Zwei Fälle von typischer Tuberkulose der Haut 425.
— Fall von Paronychia congenita 425.
— Fall von Lues hereditaria bei einem zwölfjährigen Knaben 425.
— Abgeheilter Lichen ruber planus mit Narben eines Arsenzosters und einem frischen Arsenzoster 425.
— Psoriasis in Abheilung unter As-Behandlung 425.
— Circinäres Syphilid am Skrotum 425.
— Über die Komplikationen der Blennorrhoe 476.
— 10. 11. 12. 90. 150. 183. 227. 228. 231. 232. 233. 272. 329. 331. 332. 342. 344. 345. 404. 405. 407. 408. 411. 415. 416. 419. 420. 422. 423. 502. 535. 538. 558. 566. 596. 602.
Jaffé, Benno 379.
Jallopio, Gabriello, Der Condom der Renaissance 528.
Jamieson, Allan, Dariers Krankheit 165.
— 28.
Janet 557.
Jansen 65. 68.
Jarisch 12. 77. 81. 84. 90. 137. 138. 143. 150. 181. 192. 301. 538. 594. 602.
Jeanselme 340. 412. 413. 418. 423.
Jerinici, D., Der gutartige syphilitische Ikterus 116.
Jess 538. 539. 540. 602.

Jessner, Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 170.
— Kokkogene Hautleiden 215.
— Bartflechten und Flechten im Bart 310.
Jessop 174.
Jezierski, P. S., Versuche von Übertragung der Lepra auf Tiere 315.
Jirotka, Ein Vorschlag zum Multiplexverfahren für Warzenbestrahlung unter Benutzung von Schablonen 167.
Ikeda, Beiträge zur Lehre von der epidermoidalen Umwandlung des Harnblasenepithels. Über Glykogenablagerung im Epithel der Harnblase und ihre klinische Bedeutung 463.
Ilieff, Michel, Über die Spätresultate der Behandlung der Hodentuberkulose mittels Kastration 432.
Ingram, J. W., Blennorrhoe des Kindes 223.
Inouye, Krankenvorstellung von Peniscarcinom und Lupus erythematosus 213.
— Lupusbehandlung mit Paquelin 213.
— Urticaria perstans 560.
Jobiášek, St., Über eine neue plastische Operation der Phimose 428.
Johansen, E. S., Untersuchung über die Wirkung der Kromayer-Lampe und der Finsen-Reyn-Lampe auf Chlorsilberpapier 328.
Jolles, A., Über den Nachweis der Pentosen im Harn 475.
Jones, Emlyn, Lupus vulgaris, sekundär auf tuberkulösen Lymphdrüsen entstehend 465.
—, L., Über Art und Zustandekommen der von B. Fischer mittels „Scharlachöl" erzeugten Epithelwucherungen 263.
— 264.
Jordan 414.
—, Arthur, Über einen Fall von Onychogryphosis 213.
— Über einen Fall von Keratoma palmare hereditarium 427.
— Referate 100. 102. 106. 110. 111. 114. 115. 158. 176. 214. 257. 261. 270. 322. 359. 361. 362. 364. 373. 427. 459. 503. 517. 580. 610.
Joseph, Max, Über Sulfur colloidale 507.
— Therapeutische Revue 546.
— Über einen Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol" 576.
— 257. 305. 497. 568.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil: Geschlechtskrankheiten 626.
Jourdanet, Diagnose der Hauteffloreszenzen durch methodisches Abschaben 438.
Ipsen, W., Über argentoide Haarverfärbung 371.
Isaac 545.
Isaew, Obturatore 611.
Ischreyt 21. 29. 90.
Israel, James, Kollmann, Artur, Kulisch, Gustav, und Wagner, Paul, Folia Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane 518.
Ito, Krankenvorstellung von Gumma des Oberkieferknochens 213.
— Histologische Untersuchung der Tuberkulide 213.
— Xeroderma pigmentosum 560.
— Psoriasis vulgaris und Psoriasis syphilitica 560.
Juliusberg 169. 275. 340. 412. 418. 423.
Juller, Eugene, Ein Vorschlag zum sexuellen Schutz junger Männer 504.
Jullien, Zur abortiven Behandlung der Syphilis 117.
— Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis 244.
— 13. 212.
Jungano, Die Eversion der Hodenvaginalis 219.
— Über einen Fall von Angiosarkom der Harnblase 556.
Junker, Fr., Über das Jodpräparat Sajodin 571.
Ivanyi, Ernst, 138 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion 99.
— Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen auf Grund der Erfahrung an 543 Fällen 253.
Iwanow 338. 415. 423.

Kaelin-Benziger 90.
Kahlbaum 239.
Kaiser, S. 564.
Kampffmeyer 549.
Kamprath, Robert, Über Enésol, eine Verbindung von Quecksilber und Arsen, bei der Behandlung der Syphilis 356.
Kanitz, Heinr., Über die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal 252.
Kanoky, J. Phillip, Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Nervengewebe 254.
— Ikterischer Pruritus 374.
Kaposi, M. 21. 25. 26. 29. 74. 75. 81. 87. 88. 89. 90. 91. 138. 146. 150. 152. 192. 201. 300. 301. 404. 414. 418. 423. 623.
Kapp, Josef, Zur internen Behandlung der Akne 123.
Karewski und Landau, Heinrich, Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates 517.
Karg 81. 82. 135. 137. 190. 191.
Karlinski 521. 522.
—, J. 564.

Karsch 147.
*Karwowski, A. v., Zur Technik der intramuskulären Hg Einspritzungen 13.
Kassabian, Mihran K., Technik der Röntgenbestrahlung in der Dermatologie 568.
Kasten 92.
Kaupe, Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum non syphiliticus 360.
Keil, Zur internen Behandlung der Syphilis mit Mergal 118.
Kelemen, Géza, Untersuchungen über den Wert des Helmitols bei Cystitis 431.
Kellas, A. 64.
Keller, O., und Tomarkin, E., Ist die Methode der Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für Hundswut und Vaccine brauchbar? 628.
Kellogg, Edw. Leland, Scharlach und dessen Behandlung am Isolierspital für Scharlach und Diphtherie 43.
Kétly 233.
Kettner, Über Gangrän des Skrotums 42.
Kiefer 520.
Kienboeck 120.
Kinghorn, Allan, Breinl, Anton, und Todd, John L., Versuche, Spirochäten durch die Bisse der Bettwanze zu übertragen 105.
Kingsbury, Jerome, Lippensklerosen 321.
— Syphiloderma, mit anderen Hautkrankheiten 349.
— Ein Fall von Schanker infolge eines Bisses 352.
— Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans mit gleichzeitig bestehendem Skleroderma 467.
Kinoshita, Sakamotosche Den-on-Kei in urologischer Praxis 560.
Kiolemenoglou 260.
Kirmisson, Die Phimose 428.
Klapp 121. 516.
Klebs 598.
Klein, Carl, Ein Fall von Pseudofurunkulosis pyaemica (Finger) 249.
—, und Arning, Ed., Die praktische Durchführung des Nachweises der Spirochaeta pallida im grofsen Krankenhausbetrieb 522.
Klemensiewicz 537. 602.
Klemperer 116.
Kljärfeld, Talalgia et Plantalgia blennorrhoica 257.
Klingmüller 180. 181. 183. 275.
Klose 576.
—, B., Ein Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol“ 360.
—, H., Über komplizierende hämorrhagische Diathesen bei Scharlach nebst einigen Bemerkungen zur Gelatinetherapie 41.
Klotz, Hermann G., Was kann die Behandlung für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten tun? 262.
— 206.
Klumker 460.
Knöpfelmacher, Wilhelm, Subcutane Vaccineinjektionen am Menschen 51. 629.
Knoll 479.
Knorr, R., Krankheiten der weiblichen Harnorgane 517.
Knott, van Buren, Behandlung der traumatischen Gangrän 364.
Knowles, Frank Crozer, Dermatitis herpetiformis im Kindesalter; Bericht über einen Fall bei einem sechsjährigen Kinde 208.
Koch 180. 512. 535. 598. 611.
—, Fritz, Narbenlose Operationen zur Verbesserung mifsgestalteter Nasen 580.
—, Wilhelm, Die Osteome als Exostosen, Haut- und Sehnenknochen 374.
Kock, Heinrich, Zur Kasuistik der Radikaloperation der Prostatahypertrophie 437.
Kodama, Über Xeroderma pigmentosum und Augenleiden 560.
Kodis 81. 84. 137. 192.
Köbner 478. 497.
Kölin 29.
Kölliker, v. 81. 134 136. 137. 190. 191. 192. 447. 537. 539. 594. 602.
König, Fritz, Diagnostische Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege 172.
Königsberg, Anna, Über die Ausscheidung von Farbstoffen durch die Niere 471.
Koepp 17.
Körner 548.
Kötscher, J. E. 311.
Kohan, Leo, Ein paranephritischer Abscefs und multiple Muskelabscesse infolge eines Furunkels 122.
Kolaczeck 416.
Kolischer, Gustav, Blennorrhoische Urethritis beim Weibe 99.
—, G., und Schmidt, L. E., Moderne Chirurgie der Blasengeschwülste 430.
Kollarits, B., Referate 58. 260. 263. 323. 364. 368. 477. 523.
Kollmann 98. 276.
— und Jacoby, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates 517.
—, Arthur, Israel, James, Kulisch, Gustav, und Wagner, Paul, Folia Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane 518.
Kolomoizew, Ein Fall wahrscheinlicher Reinfectio syphilitica 111.

Kolomoizew, Ein Todesfall infolge von Komplikationen, nach Behandlung der Syphilis mit einem löslichen Hg-Präparat 157.
— Reinfectio syphilitica 426.
Komorita, N., Bakteriologische Untersuchung über Piedra columbica 212.
— Beiträge zur Pityriasis rotunda 213.
Koplik 44.
Korányi, Friedrich v. 126.
Kornfeld 563. 565.
Korté, W. E. de, Die Parasiten der Pocken, Kuhpocken und Varicella 47.
Korzon und Pavinski, Über die Wirkung des Theocins bei Nierenkrankheiten 472.
Koster 212.
Kothe 4. 5. 9. 10.
Kotzenberg, W., Beiträge zur Frage der Ernährungsstörungen der Haut von Amputationslappen 263.
Kozevski, A., und Górkiewicz, S., Aus eigenen Beobachtungen im Bereiche a) der Röntgen-, b) der Radium- und c) der Phototherapie 622.
Kraft, Ernst, Pentose im Harn und Nachweis derselben 475.
Kramer, Alfons, Zur Therapie des Scharlach, speziell der septischen Formen 42.
Krasnoglasow 497.
Kraus 51. 52. 275. 276. 620.
*—, Alfred, Beitrag zur Pathogenese und Klinik des Lupus follicularis disseminatus 529.
— Über Leukoplakia (Leukokeratosis) penis 248.
—, R., Über ätiologische und experimentelle Syphilisforschung 355.
—, und Gross, S., Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen 630.
Krause 447.
Kreibich, Klinik und Prophylaxe der Syphilis 102.
— Zur Wirkung des Quecksilbers 249.
— Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautentzündung. Antwort auf die Ausführungen L. Töröks 559.
— Ein Fall von Adenocarcinoma lenticulare capillitii 613.
— 61. 90. 149. 165. 183. 274. 442. 585. 548. 558. 616.
Kren, Ekthyma gangraenosum 152.
— Lupus erythematosus discoides des Lippenrots 153.
— 297. 304.
— Pemphigus vulgaris 153.
— Prämykotische Erytheme 153.
— Impetigo herpetiformis 297. 300.
— Lichen ruber planus an den Hohlhänden 303.
— Lichen ruber planus 303.
Kren, Über das Vorkommen der Trichonodosis (Galewsky) 371.
Krencker, Ernst, Ein Fall von subcutanem Emphysem bei Lungentuberkulose 171.
Kretschmer, Beitrag zur Frage der essentiellen Nierenblutung 464.
Kreuzfuchs, Siegm., Haarausfall und Hypertrichosis 169.
Krömker, Heinrich, Über Prostataabscesse 435.
Krokiewicz, Anton, Myxoedema fruste 168.
Kromayer, Die Behandlung der blennorrhoischen „Posteriocystitis“ seitens des praktischen Arztes 224.
— 305. 328. 526. 624.
Krotosszyner, M., Phloridzin-Glykosurie als Beweis der Nierenfunktion 504.
Kruse 202.
*Krzysztalowicz, Franz, Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum 1. 513.
Külbs, Ein Fall von Aktinomykose der großen Zehe 163.
Küster 266.
Kulisch, Gustav, Wagner, Paul, Israel, James, und Kollmann, Artur, Folia Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane 518.
Kyrle, Syringocystadenome 296.
— 613. 614.

Lacapère 615.
— und Gaucher, Syphilis und Diabetes 211.
Lafouille 469.
Laffont, Ein Fall von schankerähnlichem tertiären Syphilid der Vorhaut mit gleichzeitiger alter Scabies und langdauerndem Ikterus benignus 211.
Lagriffoul, Das Verhältnis der Leukocyten bei Morbilli und Rubeola 46.
Lamanna, Histologische Untersuchungen über einen Fall von Rhinosklerom 157.
Lamborelle 29. 90.
Lancashire, George Herbert, Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 350.
Landau 494.
—, Heinrich, und Karewski, Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates 517.
—, Wilhelm, Zur Kenntnis der Hypertrichosis circumscripta mediana 375.
Landois 147.
Landouzy, L., Die Diagnostik der Spätsyphilis 111.
Landsteiner 61. 62. 149. 150. 322. 474.
— und Mucha, Lebende Spirochäten, Dunkelfeldbeleuchtung 153.

Lang 15. 91. 356. 567.
Lange, F. 472.
Langfeldt, Phenol monochloratum gegen Scharlach 579.
Langhans 116.
Langowoy, N., Beobachtungen über die Wirkung der Scharlachstreptokokkenvaccine 43.
Langstein, L., Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Cystitis und Pyelitis im Kindesalter 431.
Lanphear, **Emory**, Postoperative Cystitis 349.
— Postoperatives Erysipel 504.
Lapowski, **Boleslaw**, Die neueren Syphilisuntersuchungen und deren praktische Anwendung 319.
Laroche, Die Wasser von Barèges und die Syphilis 508.
Laroque, **Paul**, Spastische, hysterische Urinretention 504.
Laroyenne 210.
Lassar, O., Atoxyl bei Syphilis 357.
— Dermatologie und ihre Beziehungen zur allgemeinen Medizin 614.
— 92. 202. 275. 507. 571.
Laurent 90.
Laveran 160.
Léard, L., Über Tic douloureux des Gesichtes, eine wahrscheinlich kongenitale Lues, und Heilung derselben durch Hydrargyrum benzoatum 212.
Lebon, H., Die Behandlung der Hautepitheliome mit den neueren Methoden (Phototherapie, Radiotherapie, Radiumtherapie, hochfrequenter Strom, Electrolyse-Zink-Ion) 509. 510. 615.
Ledermann, Krebsgeschwulst im Hodensack 146.
— Kaposisches Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 146.
— Epitheliom 146.
— 85. 146. 275. 448. 538. 602.
Leduc, **St.** 284. 286. 287. 288. 289. 290. 501. 502.
Le Fur 174.
Legal, H., Demonstration je eines Falles von Rankenneurom, kavernösem Angiom der unteren Extremität und Elephantiasis der Hand 378.
Legrain, **Emile** 352. 556.
Legendre und **Gastou**, Seit 19 Jahren bestehendes Syphilom 425.
Legueu, Die Tuberkulose der Genitalien 172.
Lehmann 202.
—, **Adalbert**, Über sympathische Färbung und Pigmentbildung bei Barsch und Forelle 258.
Leiner, **Carl**, Psoriasis bei Kindern 253.
— Psoriasis punctata und guttata 300.
— Tuberkulid 303.
Leiner, **Carl** 148.
Leishman 571.
Leistikow 255. 358.
Leloir 63. 293.
Lengfellner, **Karl**, Die Behandlung bei äußerem Milzbrand 161.
— Ein Fall von äußerem und innerem Milzbrand 161.
Le Pileur, L, Die Prophylaxe der Syphilis bei den älteren Forschern 256.
— 557.
Lépinay, **Macé de** 28. 90.
Leredde 3. 5. 9. 10. 11. 12. 282. 332. 615.
— und **Martial**, R., Die Behandlung der Hypertrichosis und die Röntgentherapie 171. 558.
— — Röntgenbehandlung bei Lichen simplex und Lichen planus 559.
Leredde und **Martial**, Beitrag zum Studium der Behandlung des Lupus vulgaris 616.
— — und **Lozé**, Myositis syphilitica im Bicepsmuskel 510.
Lesné und **Monier-Vinard**, Fall von multiplen chronischen subcutanen Abscessen, verursacht durch einen Fadenpilz (subcutane Sporotrichose) 360.
Lesser, E., Generalisierte Vaccine 32.
— Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex 32.
— Wie steht zurzeit die Frage bezüglich der Behandlung des Lupus vulgaris 616.
— Das Licht als Heilmittel 568.
— 15. 29 75. 87. 90. 146. 147. 305. 372. 378. 545. 571.
Lessieur, Ch., Der Typhus exanthematicus beim Erwachsenen und Exantheme beim Typhuskranken 36.
Lessitchkoff, **Dimo**, Ein Beitrag zur Kenntnis des Gesichtserysipels, seine Häufigkeit und Mortalität 364.
Leszczynski, **Roman**, Neue Vehikel für Quecksilberprodukte 621.
— Über Abortivbehandlung der Blennorrhoe 625.
— 621.
Letnik, Über die Behandlung der Bubonen mit Bierscher Stauung 361.
Levaditi, C., Die neueren Untersuchungen über die Ätiologie und experimentelle Pathologie der Syphilis 101.
— Spirilleninfektion beim Hühnerembryo und deren Beziehung zur hereditären Treponemose beim Menschen 103.
— 62. 109. 259. 260. 306. 314. 364. 489. 527.
— und **Sauvage**, Das Eindringen der Treponema pallidum ins Ovulum 103.
Levrat und **Constantin**, E., Ein weiterer Fall von Dyskeratosis pseudofollicularis Darier 34.

Lévy-Bing, Ein Fall von schwerer Syphilis, bei welchem Atoxyl versagte, während Merkur zur Heilung führte 257.
— Le Microorganisme de la Syphilis: Treponema pallidum (Schaudinn) 518.
— 15.
Lévy-Franckel, Uber Nephritis luetica secundaria tardiva 508. 555.
Lewin 123. 369.
—, G. 382. 383.
Lewkowitsch 237. 385. 391. 400.
Leydig 143.
Liberatis, Antoninus, Ein weiblicher Kondom im Altertum 528.
Lichtenberg 347.
Lichtmann, Spirochaeta pallida im Lichen syphiliticus 546.
Liebermann 236. 238. 381. 382. 383. 384. 386 387. 388. 389. 390. 397. 398. 400. 401. 402. 443. 451. 454. 458.
Lieberthal, David, Lichen planus der Mundschleimhaut 124.
Lieblein, V. 444.
Liebreich 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 401. 402. 403. 443. 444. 446. 449. 450. 451. 454. 455. 456. 457. 458.
Lifschütz, I. 234. 237. 238. 390. 391. 392. 393. 395. 396. 397. 398. 401. 402. 403. 448. 450. 454. 455. 457. 458.
*— und Unna, P. G., Zur Kenntnis des Wollfettes 234.
Limousin 474.
Lindenheim, Hans, Über eine Fieberreaktion im Anschlufs an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis 102.
Linser, P. 444. 445. 446. 447, 448. 449. 451.
Lippe, J., Gehirnsyphilis mit Koma; Wiederherstellung 113.
Lipschütz, Percutane Jodbehandlung 99.
—, B., Zur Kenntnis der Molluscum contagiosum 165.
— Untersuchungen über Molluscum contagiosum 306.
Lissauer, Max, Über Pleuritis gummosa 112.
Littauer, Arthur, Über Operationen unter Gaudaninhautschutz nach Döderlein 266.
Littlewood, H., Erfolgreiche Entfernung eines grofsen Blasensteins (ca. 525 g) durch hohen Steinschnitt 174.
Liveing 411.
Livermore, George R., Behandlung der Blennorrhoea posterior chronica 350.
Lloyd 615.
Loeb 82.
—, Fritz, Referate 37. 45. 48. 58. 103. 258. 263. 267. 268. 270. 271. 273. 313. 324. 325. 328. 359. 363. 364. 365. 368. 369. 370. 371. 372. 376. 430. 431. 432. 435. 437. 471. 473. 476. 523. 524. 528. 570. 571. 574. 630.
Löffler 48. 166. 306.
Loew 195.
—, O. 90.
Löwenbach 25. 29. 72. 90. 503.
Löwenstein 355. 430.
Lohnstein 223.
—, H., Über einen Wachsklumpen in der Blase. Entfernung desselben mittels Auflösung mittels Benzininjektion 430.
Lombardo, Das Glykogen der Haut 512.
Lombroso 347.
Lomowitzki, Ein Fall von Diabetes insipidus infolge einer syphilitischen Basilarmeningitis 517.
Longaker, Daniel, Blennorrhoe in Beziehung zu Wochenbetterkrankungen 99.
Longuet 209.
Loquin 565.
Louste, Lichen planus 245.
— und Gaucher, Lichen planus des Mundes und des Penis 245.
Loving, Starling, Angioneurotisches Ödem 573.
Lozé, Leredde und Martial, R., Myositis syphilitica im Bicepsmuskel 510.
—, H., und Privat, J., Konservative Behandlung der Hodentuberkulose 218.
Lubarsch 219. 540. 602.
Lucke, A. W., Epithelioma bei Kohlenarbeitern 365.
— 625.
Luckow, Ernst, Zur Lehre von der Hydronephrose im Kindesalter 471.
Luer 608.
Lugol 541.
Luisinus 323.
Lukasiewicz, Wlodzimierz, Die Behandlung der Syphilis im Lichte neuerer Untersuchungen 620.
— 21. 27. 29. 74. 75 87. 90. 497. 622.
Lurje, Ein Fall von Lepra tuberosa 516.
Luys 377. 465.
Luzenberger, v. 63.

McArdle 99.
MacCombie, Das Scharlachexanthem nebst einigen Nachahmungen desselben und die klinische Bedeutung der Hauthämorrhagien bei Diphtherie 40.
McConnell 571.
Mc. Cully, E., Behandlung der Varicocele mit Injektion von Essigsäure 99.
MacEwen, J. A. C., Über einen Fall von Hornbildung am Kopfe 119.
MacGowan, Therapie der Hauttuberkulose 631.

Mac Kinney, William H., und Uhle, Alexander A., Spirochaeta pallida bei erworbener Syphilis 106.
— — Blennorrhoische Epididymitis; eine Studie von 264 Fällen 477.
Madden, F. C., Phlegmone des Samenstranges 433.
Majocchi 414. 416. 423. 505. 506. 581.
*Malinowski, Felix, Ein Fall von punktförmigem Hautangiom und dessen Verhältnis zu Angiokeratoma Mibelli 439.
*— Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis 499.
— Ein Fall von gruppiertem punktförmigem Hautangiom und die Beziehung des Prozesses zum Angiokeratoma Mibelli 515.
— 613. 614.
Malloizel und Mosny, Ein Fall von syphilitischer weißer Pneumonie bei einem Erwachsenen 557.
Mallory 39.
Malpighi 79. 80. 82. 136. 157. 188. 261. 593.
Mankiewicz 172.
Mann 275.
—, Ludwig 288. 289. 291.
Mannaberg, Julius, Über intermittierendes Fieber bei visceraler Syphilis, namentlich bei Lebersyphilis 117.
Manhold, Elisabeth, Blutdruckmessungen mit dem Gaertnerschen Tonometer bei Kindern im Verlauf von Scharlach 313.
Manson 160. 161.
Manthelin 367.
Marchand 405.
—, L., und Olivier, M., Über Syphilis und Wahnsinn 557.
Marchetti, G. 234. 235. 392. 393.
Marcozzi, Vincenzo, Die Wirkung der Toxine der Tuberkelbazillen auf das Parenchym des Hodens 352.
Marcus, C. 567.
Marcuse, E., und Géronne, Über die therapeutische Anwendung des Sajodins und seine Ausscheidungsverhältnisse 118.
—, M., Gesetzliche Eheverbote für Kranke und Minderwertige 525.
— Tiefe Ulceration an der Unterlippe 545.
Margosches 380. 385. 391.
Marino, Syphilitische Arthropatien 114.
Markus, H., Ein aseptischer Katheterisator 427.
Marmorek 180.
Marquant 63. 241.
Martial, René, Der gegenwärtige Stand der experimentellen Syphilisforschung von Prof. A. Neisser 511.
— 559. 615. 616.
Martial, René, und Leredde, Die Behandlung der Hypertrichosis und die Röntgentherapie 171. 558.
— — Röntgenbehandlung bei Lichen simplex und Lichen planus 559.
— — Beitrag zum Studium der Behandlung des Lupus vulgaris 616.
—, Lozé und Leredde, Myositis syphilitica im Bicepsmuskel 510.
Martin 21. 90.
—, Claude 611.
—, S, Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 366.
Marzinowski, E. J., und Bogrow, S. L., Die Blastomyceten und ihre Beziehung zu Hautkrankheiten 249.
Maslakowitz, Zur Frage der Struktur und der Färbung der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) 261.
— und Sabolotny, Beobachtungen über die Bewegung und das Zusammenkleben der Spirochaeta pallida 105. 523.
Matzenauer 26. 413. 423.
Maurer 143. 193.
Mauriac 410.
Maximow 526.
Mayer 81. 84. 571.
*Mayer, Hermann, Das Andolin, ein cocainfreies Lokal-Anästheticum, und seine Verwendung in der Dermatologie und Urologie 603.
—, M., Spirochätenbefunde bei Framboesia ropica 364.
—, Theodor, Zinkperhydrolsalben in der Dermatologie 201.
— 357. 566. 567.
Mazza, Giuseppe, Über das Granuloma trichophyticum Majocchi 505.
Meillant 562.
Meirowsky, E. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 90. 91. 134. 141. 143. 184. 186. 189. 191. 192. 275.
Meisels, S., Der Wert des Boxensystems für die Anstaltsbehandlung der Masern 45.
Meissner 447.
—, Paul, Zur Behandlung der Stomatitis mercurialis 267.
Meitner, Wilhelm, Über gleichzeitige Erkrankungen an Morbillen, Pertussis und Varicellen und den gegenseitigen Einfluß aufeinander 627.
Meixner, H. F. A., Beiträge zur Kenntnis der Lepra in Deutsch-Ostafrika 630.
Mello, Cabral de, Über die hämoneutrophile Formel bei der Variola 627.
Ménétrier 12.
Ménier, Das Ekzem der Nase 360.
Menoch, Ella 612.
Mercier 224.
Merck, E., Jahresbericht 1906 562.
— 202. 270.
Mering, J. von 118.

Scholtz 241. 509. 520.
Scholz, W., Über Miliaria epidemica 35.
Schottelius 627.
Schourp, G., Referate 35. 38. 42. 58. 59. 60. 100. 105. 106. 107. 110. 112. 113. 114. 116. 117. 119. 120. 122. 123. 124. 158. 159. 162. 163. 164. 165. 166. 171. 174. 175. 215. 219. 221. 223. 224. 254. 258. 259. 273. 274. 317. 324. 328. 347. 350. 355. 357. 358. 359. 360. 364. 366. 369. 374. 375. 377. 378. 427. 429. 430. 432. 433. 434. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 504. 518. 524. 525. 527. 528. 552. 553. 568. 569. 570. 571. 572. 574. 575. 576. 579. 580. 627. 628. 629. 630. 631.
Schramm, Carl, Referate 36. 57. 102. 112 170. 223. 356. 376. 431. 471. 475. 476. 477. 478. 524.
Schreiber, O., Über die sexuelle Enthaltsamkeit 431.
Schubring 630.
Schucht, Arthur, Referate 111. 175. 226. 270. 314. 322. 323. 375. 425. 438. 479. 561. 569. 580.
— Zur experimentellen Übertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen 61.
— Zur Kenntnis der diphtherischen Hautentzündungen, besonders der durch echte Diphtheriebazillen hervorgerufenen 196.
Schulin, Carl, Pathologie der Syphilis 98.
Schüller, Max, Protozoenparasiten der Syphilis 98. 317.
Schütte, Therapeutische Erfahrungen mit „Barta“ bei Neurasthenie, Hysterie, Impotenz 612.
Schütz 372.
—, Ferdinand, Behandlung venerischer Bubonen mit Saugglocken nach Bier-Klapp 121.
Schütze, Albert, Experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues 60.
Schultze 628.
Schulze, Bernhard, Referate 33. 36. 42. 48. 52. 54. 56. 59. 60. 61. 62. 102. 103. 104. 106. 107. 110. 113. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 163. 165. 166. 169. 170. 172. 173. 174. 175. 200. 201. 212. 213. 215. 216. 217. 218. 225. 250. 257. 259. 261. 263. 266. 267. 270. 271. 304. 305. 308. 311. 312. 313. 315. 317. 319. 321. 324. 328. 356. 357. 361. 366. 371. 374. 375. 428. 429. 431. 432. 433. 434. 435. 438. 479. 480. 507. 508. 518. 519. 527. 547. 558. 560. 572. 574. 575. 576. 579. 626. 627. 628. 629. 630 631.
—, E. 320. 379. 380. 391. 392. 449. 450. 458.
—, Walter, Zur Frage der Silberspirochäte 113.
Schulze, Walter 62. 106. 109.
Schumacher, Gerh., Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufende Streptokokken. Conjunctivitis nach Masern 626.
Schumm, Otto, Versuche mit dem Lohnsteinschen Präzisionsgärungssaccharometer 223.
Schuster, Richard, Der Nachweis der Spirochaeta pallida, seine Bedeutung und praktische Verwertbarkeit für die Diagnose der Syphilis 319.
Schwab 15. 109.
Schwalbe 81. 82. 84. 138. 185. 192. 233. 241.
—, G. 538. 602.
Schwarz, Über Helmitol 377.
— 297.
—, Richard, Über den Nachweis von Zucker im Urin vermittels der Hainesschen Lösung 475.
Schweitzer, Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlicher Hautkrankheiten 122.
Schweninger 415.
Schwerdt, Weitere Fälle von Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen 373.
Schwimmer 25. 414. 415.
Searcy, George H., Eine Epidemie von akuter Pellagra 574.
Seefelder, Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen 224.
Segall, Blasenförmige Eruptionen 146.
Selenew, Flagellata bei Hautkrankheiten 100.
— Zur Lehre der Hautblastomykose 157.
— Der schwarze syphilitische Schanker 214.
— 257. 336. 358.
Selenkowski, Über die bactericide Wirkung eines neuen Silberpräparates, Sophol, verglichen mit derjenigen des Protargols 269.
Sellei, J., Die Syphilis maligna im Lichte der Immunitätslehre 322.
— Zur Cytologie des Prostatasekrets mit besonderer Berücksichtigung der Phagokaryose 463.
— Das Biersche Stauungsverfahren bei einigen urologischen Erkrankungen 464.
—, und Unterberg, H., Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Pyelitis 477.
— 563.
Semblinow, Über Dermatomykosen 358.
Senger, E., Über eine Gefahr des Benzins zu Reinigungszwecken bei der Hautdesinfektion 527.
Sensini, P., Über einen Fall von Lichen ruber 309.
Sergent, Emile, Uber einen Fall von syphilitischer Lungenerkrankung 115.

Sergent, Emile, Die Lungentuberkulose bei den Syphilitikern 327.
Serra, Alberto, Untersuchungen über den Bacillus des Ulcus molle 155. 202.
— Über die Ätiologie des Ulcus molle 250.
Sertoli 352.
Sherwell 412. 416.
Shimoyana 213.
Shiwult 610.
Shoemaker, John V., Raynaudsche Krankheit 573.
Short, Sydney, Tödlich endender Fall von Lupus erythematodes acutus 350.
Sichet 22. 91.
Sick, C., Das Rhinophym und seine operative Behandlung 159.
Siebelt, Jos., Bemerkungen zur balneologischen Behandlung der blennorrhoischen Späterkrankungen 225.
Siebenmann, Lupus pernio der oberen Luftwege 58.
— 177. 179. 180. 181. 182. 565.
Siebert, C. 449. 450. 451.
—, K., Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten 267.
Siedentopf 522.
Siegel, J., Was wissen wir über den Vaccineerreger? 52.
— Experimentelle Studien über Syphilis. I. Impfsyphilis der Affen 320.
— 52. 53. 62. 107. 275. 475.
Siegert, F., Ein Fall von Masernübertragung durch eine gesunde Mittelsperson auf weite Entfernung 44.
Silberschmidt 53.
Simon, B. G. 134. 191.
—, O., und Goldschmidt, H., Erkrankungen der Blase und Prostata 517.
Simpson, W. J. R., Vorlesungen über Pest 632.
Singer, E., „Kreuzschutz", ein neues Mittel zur Verhütung geschlechtlicher Infektion 348.
Sinizyn 610.
Skene 92. 93.
Skitachi, Über Erythema induratum Bazin 560.
Sklarek, Bruno, Beiträge zur Kenntnis der Schwielen und Hühneraugen 196.
Smith, Charles M., Hydrocele mit Varicocele, geheilt durch Volkmanns Radikalinzision 100.
Sobernheim 161.
Sokal, Jacob Bronislaus, Eine Scharlachepidemie in Lysiec (Galizien) im Jahre 1905 37.
Sokolow, Epithelioma nasi 503.
— Lupus vulgaris faciei et cubiti sin 503.
— Lupus vulgaris labii superioris 503.
Solger, F. B., Zur Kenntnis des Hautfarbstoffes als Schutzmittel 201.
Sommer, B., Zur Ätiologie der Lepra 629.
Sommerset, William S., Die Frühdiagnose und der erste Verlauf des Scharlachs 38.
Sonnenburg 273.
Spangaros 219.
Spannaus, Karl, Über die Resultate der Blasensteinbehandlung 430.
Spengler 567.
Spiegel 236. 386. 388. 448.
—, L. Zur Kenntnis der Weigertschen Elastinfarbstoffe 258.
Spiegler, Herpes facialis 151.
— Proriasis vulgaris 151.
— Lichen ruber planus der Zunge 151.
— Tuberkulöses Geschwür 295.
— Lupus vulgaris follicularis 295.
— Sykosis parasitaria vera 303.
— Sarcoma idiopathicum multiplex 303.
— Sklerose an der rechten Tonsille 303.
— 152. 190. 193. 275. 296.
Spiethoff, Bodo, Klinische und experimentelle Studien über Blastomykose 162.
Spindler, Über das neue Harndesinficiens Helmitol 377.
Spitzer, Ernst, Ekzema sykosiforme 151.
— Lipoma multiplex symmetricum 166.
— Lichen scrophulosorum 295.
— Lupus vulgaris 295.
— Haut- und Schleimhauttuberkulose, erzeugt durch Inokulation und Autoinfektion 616.
—, Ludwig, Zur Verhütung der Blennorrhoe 479.
— 499. 620.
Sprecher, Über die Behandlung der Keloidakne des Nackens 366.
Staffel 140. 143. 192.
Stahr, Hermann, Atypische Epithelwucherungen und Carcinom 264.
Stein, Zur Frage der Vaccina generalisata 196.
— 275.
Steinen, E. von den, Die Abiturientenvorträge über das Geschlechtsleben 550.
Steinhaus 55. 143. 193.
Stelwagon, Henry W., Diät als ätiologischer Faktor bei Hautkrankheiten 205.
Stenbeck 510.
Stenczel, Arpad, Untersuchungen über die Spirochaeta pallida in den Krankheitsprodukten der erworbenen Syphilis 107.
— 361.
Stern, Referate 40. 42. 43. 44. 53. 55. 62. 101. 102. 104. 105. 107. 108. 109. 110. 112. 113. 117. 162. 165. 169. 170. 205. 208. 220. 221. 222. 255. 260. 261. 262. 263. 265. 272. 276. 316. 318. 319.

320. 321. 351. 352. 366. 367. 378. 465. 467. 470. 474. 478. 480. 520. 521. 522. 523. 526. 569. 573. 577. 578. 579. 580. 614.
Stern 76. 275. 276. 449.
—, Carl, Über Neuinfektion Hereditär-Syphilitischer und über Reinfektion im allgemeinen 93.
— und Hesse, E., Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht) 305.
— Charles S., Pathologie, Symptome und Diagnose der Urethralstriktur 253.
—, Margarete, und Halberstaedter, L., Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Sekretion und die sekretbildenden Zellen der Bürzeldrüse der Ente 197.
Sterne, Albert E., Wirkung schlüpfriger Unterhaltungen, unzüchtiger Bücher und Gesellschaften auf die Vornahme sexueller Exzesse 253.
Stertz, G., und Morgenroth, J., Über den Nachweis syphilitischer Antikörper im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern nach dem Wassermann-Plautschen Verfahren der Komplementablenkung 60.
Stewart, J. Clark, Ein Fall von beniguer Melanosis 369.
Sticker 383. 384.
Stöhr, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom sexual-ethischen Standpunkte 524.
— 539.
Stoerk und Zuckerkandl, Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase 462.
Stöwers 414. 415.
Strasser 150.
Strassner, Horst, Veronal und Proponal 574.
Strauss 298.
—, A., Referate 266. 267. 268. 313. 358. 376. 377. 431. 471. 472. 479. 568. 571.
— 566.
—, H., Über Pseudoanämien 270.
Strebel, H. 242. 275.
Strogonow 115.
Strubell 568.
Strübing 252.
Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1905 48.
— Die Züchtung von Tierlymphe 54.
Sturgi, Frederik R., Masturbation bei Männern und Frauen 504.
Stursberg, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der Addisonschen Krankheit 370.
Suchier 242.
Sührsen 611.
Süter, F., Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane 461.
— 471.
Surawitsch, Malka, Über Lymphangioma cutis 367.
Sweet, E. A., Vergiftung durch Primula obconica 576.
Swiatkiewicz, Józef, Die Eugallolbehandlung des Lupus vulgaris 59. 317. 624.
Swieten, van 323.
Sylla, Bruno, Zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Auges 225.
Symes, T. O., Erythema nodosum und Rheumarthritis 123.
Szöllösy, Ludwig, Ein Fall multipler neurotischer Hautgangrän in ihrer Beziehung zur Hypnose 312.

Taenzer 218. 541.
Takahashi, Über Favus 560.
— Krankenvorstellung von Lupus erythematodes 213.
— Sykosis vulgaris und Ichthyosis 560.
Talke 539. 594. 595. 597. 598. 599. 601. 603.
Tanaka, Krankenvorstellung von Fibroma molluscum 212.
— Über eine unbekannte Hautkrankheit 212.
— Demonstration eines Lupuskranken 213.
— Über zwei Fälle von Blasensteinen, geheilt durch Lithothripsie 213.
— Krankenvorstellung von Pityriasis rubra Hebra 213.
— Zur Spirochätenfärbung in dem Syphilisgewebe 213.
— Über Herpes tonsurans bullosus 213.
— Über die Nierenfunktion der Filiariasis 213.
— Einige neue Methoden der Färbung und Zählung der Mikroorganismen im Blute 213.
— Über Inkubationsdauer des Trippers bei Japanern 212.
— Über die Behandlung der Cystitis mit Helmitol 431.
— Über Resektion des Samenstranges wegen Prostatahypertrophie 560.
— Über die Viskosität des Harns 560.
— Zwei seltene Fälle von extragenitalen Schankern 560.
Tance, T., Über einige neuere Arzneipräparate in der urologischen Praxis 375.
— 377.
Tappeiner 509.
Tauffer, Emil, Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Blennorrhoe beim Manne 197.

Tausig, Hugo, Syphilisbehandlung mit „Sozojodol-Quecksilber“ 328.
Tautz, Kurt 272.
Tavel, Die künstliche Thrombose der Varicen 170.
Taylor 21. 73. 76. 87. 91. 412.
—, Jackson, B. J. F., Über die Reaktionen auf Aceton im Urin 472.
— Robert W., Hereditäre und erworbene Knochensyphilis 111.
— Deformitäten der Vulva durch induriertes Ödem 476.
Tchayan, Eine physiologische und therapeutische Studie über die organischen Jod-Derivate 267.
Tenneson 150.
Terebinski, Die Wassermann-, Neisser-, Brucksche Reaktion und die mittels derselben gewonnenen Ergebnisse 517.
Terrien, F., Atrophie des Opticus infolge von Atoxylinjektionen 558.
Terterjanz 73. 91. 180.
Tédenat, Blennorrhoischer Nierenabsceß 554.
Thalmann, Die Frühbehandlung der Syphilis 117.
— 248. 298. 505. 620.
Thesing 321.
Thibierge, G., 27. 72. 73. 74. 168. 329. 330. 331. 332. 335. 337. 345. 407. 408. 409. 413. 415. 416. 418. 419. 422. 424. 442. 502.
— und Besnier, Nachruf für Doyon 553.
Thiele 509.
Thienger, K., Die neueren Erfahrungen über Theophyllin (Theocin. natr. acet.) 270.
Thiersch 194. 368. 506. 547.
Thiess 224.
Thomassen, M. H. J. C., Über den Einfluſs des Druckes auf die Resorption von Flüssigkeiten im Unterhautbindegewebe 258.
Thompson 369.
—, G. S., Ein Fall von Hydronephrose mit einem den Ausfluſs des Urins verhindernden Septum der Urethra 471.
—, Herbert P., Die Prophylaxe der Scharlach-Nephritis; Betrachtungen über 300 Fälle von Scharlach, behandelt mit Urotropin, Hexamethylentetramin und Metramin 41.
—, J. A., Ein Fall von Lepra tuberosa; annähernde Heilung unter Behandlung mit Oleum Chaulmoogra 57.
Thomson, Alexis 203.
Thor 510.
Thumm-Kintzel, Magdalena, Merkwürdige Veränderungen in der Handschrift bei einem Fall von Syphilis und progressiver Paralyse 460.
Tièche, Max, Über benigne Melanome („Chromatophorome“) der Haut, „blaue Naevi“ 171.
Tiedemann und Nambu, T., Beitrag zum klinischen und anatomischen Bild der Lues cerebrospinalis 325.
Tippel 347. 460.
Tirquet 274.
Tissot, S. A. D. 48.
Tizzoni, Guido, und Panichi, Luigi, Weitere experimentelle Untersuchungen über die Pellagra 272.
Todd, John L., Breinl, Anton, und Kinghorn, Allan, Versuche, Spirochäten durch die Bisse der Bettwanze zu übertragen 105.
Török, Ludwig, Die Theorie von den Angioneurosen und die Theorie von der hämatogenen Hautveränderung 558.
— 34. 91. 419. 420. 559.
— und Schattelesz, M., Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida 522.
— Bemerkungen zur Antwort Kreibichs auf meine Arbeit: Die Lehre von der hämatogenen Hautentzündung und die Angioneurosen 616.
Toff, E., Referate 105. 121.
Thoma 486.
Tomarkin, E., und Keller, O., Ist die Methode der Komplementbindung beim Nachweis spezifischer Stoffe für Hundswut und Vaccine brauchbar? 628.
Tomasczewski, Egon, Ein Beitrag zur Pathologie der Syphilis 197.
— Übertragung der experimentellen Affensyphilis des Kaninchens von Tier zu Tier 320.
— 275. 499.
Tommasoli 297.
Touton, K., Der Pseudoleukämie ähnliche Hauterkrankung bei schwerer Anämie mit Leukopenie des Blutes (aplastische Anämie Ehrlichs) 197.
Toyama, Anwendung von Gynokardseife gegen die Lepra 213.
— Über Erythema gangraenosum 213.
— Hauttuberkulose und Röntgenstrahlen 213.
— Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus 560.
— Drei Fälle von Ichthyosis 560.
— Angiokeratom in der Skrotalhaut 560.
Trammer 46.
Trémolières, F., Die Lokalbehandlung der syphilitischen Gummigeschwülste durch Einspritzungen von Jodkalium 112.
Trendelenburg 256.
Trillat, Studie über einige Fragen bezüglich der Harnstörungen bei Retroversion des graviden Uterus 209.
Trimble, William B., Eine ungewöhnlich ausgedehnte Folliculitis und Perifolliculitis: deren Zusammenhang mit den sog. Tuberkuliden 208.

Trimble, William B., Einige weitere Beobachtungen über die Behandlung pigmentierter Haarmäler mit flüssiger Luft, Bericht über drei behandelte Fälle 466.
Troisfontaines, Hereditäre Syphilis bei einem 12½ Jahre alten Knaben 323.
Trommer 223. 475.
Troitzky, J. W., Über die Funktionsstörungen des Herzens bei Scharlach (Behandlung mit Serum) 40.
Trousseau, Die Komplikationen an den Augen bei Variola 314.
— 482.
Tschamer 46.
Tscherbakow, Nervenchok und Xanthoma diabeticorum 100.
— Zur Kasuistik der Spondylitis syphilitica gummosa 114.
— Ein Fall von Lepra tuberosa 426.
— Lichen ruber planus (Wilson) 426.
Tschistowitsch, Über die Blutplättchen bei akuten Infektionskrankheiten 577.
Tschlenow, Die neuesten Strömungen in der Syphilidologie 102.
— Eine Zählung unter den Moskauer Studenten 176.
— Über die Behandlung der Bubonen des weichen Schankers nach der Bierschen Methode 361.
— 503, 538. 539. 541. 542. 594. 596. 597. 599. 600. 601. 602. 603. 610.
Tschumakow, Zur Frage der Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Spermacystitis 100.
Tsutsui, Y., Ein Full von seltener, chronischer progressiver Hautgangrän 197.
— Pityriasis rubra Hebrae 560.
— 21. 91.
Türkheim, Referate 34. 96. 246. 255. 426. 553.
Turner 323.

Uhle, Alexander A., Lokale Anwendung von Solutio magnesii sulfurici in der Behandlung blennorrhoischer Epididymitis 99.
— und Mac Kinney, William H., Spirochaeta pallida bei erworbener Syphilis 106.
— — Blennorrhoische Epididymitis; eine Studie von 264 Fällen 477.
Uhlenhuth 265. 357. 569.
Uhthoff, Pemphigus der Conjunctiva und der Cornea sowie der Haut und der Schleimhäute 360.
Ulbricht 391.
Ullmann, Karl, Inwieweit besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmaßnahmen zu wirksamer Prophylaxe 47.
Ullmann, Karl, Tuberculosis papillomatosa cutis, Carcinoma, Phlebitis nodosa tuberculosa 148.
— Lichen ruber planus, Lichen ruber verrucosus 148.
— Sklerose an der Nasenspitze 151.
— Fleckenförmige Alopecie, Alopecia areata 151.
— Sklerodermie mit Akrodermatitis 152.
— Sklerdermie en plaques und Poliosis 303.
— Über Conjunctivitis, Iridocyklitis und andere Augenaffektionen als Teilerscheinungen eines „Gonorrhoismus" 478.
— 150. 152. 158. 297. 303.
*Unna, P. G., Cutis verticis gyrata 227.
*— Über das „Lanolin" der menschlichen Haut 379. 443.
— Rosacea 459.
— 6. 7. 9. 12. 25. 34. 78. 79. 85. 86. 87. 89. 91. 130. 137. 159. 186. 192. 193. 202. 221. 255. 334. 379. 409. 413. 417. 422. 438. 441. 442. 447. 448. 455. 482. 485. 487. 507. 519. 587. 538. 541. 598. 600. 603.
*— und Lifchütz, J., Zur Kenntnis des Wollfettes 234.
Unterberg, H., und Sellei, J., Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Pyelitis 477.
Upshur, John N., Ekzema infantum — die Crusta lactea der alten Autoren 504.
Uskoff 494. 495. 498.
Ustinow, Pemphigus vegetans 610.

Valagusta, Beitrag zum Studium der Colibacillus-Cystitis im Kindesalter 431.
Valentine 462. 465.
Vannod, Th., Beitrag zum Studium des Gonococcus 520.
Variot, Incontinentia urinae nocturna 172.
Varney, H. R., Opsonintherapie bei Hautkrankheiten 571.
Vasilin 404. 410.
—, A., und Babes, V., Die Atoxylbehandlung der Pellagra 574.
Vegt, van der 85.
Veiel, Fritz, Zur Infektiosität des Gumma 198.
Veliaminoff 509.
Verres, F. v. 530.
Verrotti, Giuseppe, Ein besonderer Fall von erythematös-knotiger Hautentzündung infolge von unerkannter Syphilis 211.
Vesescu 563.

Vian, E., und Proust, R., Das Prostatasarkom 256.
Vidal 2. 3. 4. 12. 21. 27. 28. 73. 91. 438. 624.
*Vignolo-Lutati, Karl, Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum 21. 72.
*— Über die Atrophia maculosa cutis 329. 404.
— Über den Lichen planus atrophicus und seine Beziehungen zu den umschriebenen Hautatrophien 156.
— Über Oxyuriasis cutanea 506.
— 424. 502.
Vigo 323.
Vincent, H. 160.
Vipond, Die frühzeitige Diagnose der akuten Infektionskrankheiten 35.
Virchow 192. 258. 385. 386. 441. 602.
Vockerodt 499.
Vörner, Hans, Über Onychia pigmentosa 325.
— Ein Fall von Oedema cutis factitium 572.
— 562.
Vogel, Julius, Der Verweilkatheter, seine Anwendung und seine Wirkungsweise 427.
— Anatomie des Urogenitalapparates 517.
Volk 51.
—, Richard, Zum Kapitel Röntgenschäden und deren Behandlung 506.
Volpino, Guido, Zur Färbung der Spirochaeta pallida 106.
—, und Fontana, Arturo, Einige Voruntersuchungen über künstliche Kultivierung der Spirochaeta pallida (Schaudinn) 104.
— 62. 259. 489.
Voorhees, Irving Wilson, Erythromelalgie 577.
Vorberg, Gaston 215.
Voss 14. 15.
Vovetzsch, Beitrag zur Coma uraemicum bei Scharlach Nephritis 42.
Vries, C. de, Gonosan in der Behandlung Tripperkraker 461.
Vulpius 384.

Waelsch, Ludwig, Zur Histologie der Arsenkeratose 249.
— Ein Fall von Atoxylvergiftung 265.
— 275.
Wagner, Paul, Israel, James, Kollmann, Arthur, und Kulisch, Gustav, Folio Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane 518.
Walbum, L. E., Ein neues Saccharimeter 474.
Waldeyer 383. 459.
Waldmann, E., Percutane Jodtherapie 267.
Walker, George, Ulcus simplex der Blase 174.
— Ein neues Urethroskop mit Wasserdehnung 427.
Wallis, J. Frank, Hauttuberkulose 630.
Walmsley, David L., Maligner Hodentumor 432.
Warner, Howard F., Ein Fall von Epidermalcyste, eingeschlossen in einer alten Herpesnarbe im Gesicht 204.
Warynski, Mieczyslaw, Karl Szadek 513.
Washburn, Frank H., Ein Bericht über sechs Fälle extragenitaler Syphilis aus der Landpraxis 255.
Wassermann 60. 62. 321. 517.
—, A., Pocken 47.
Weber, F. Parkes, Angiomabildung in Verbindung mit Hypertrophie und Hemihypertrophie 204.
— Über Fieber bei tertiärer Syphilis und die damit verbundenen visceralen und sonstigen Abnormitäten 323.
Wechselmann 414. 415.
Wederhake, Technik der Cystoskopie der Blase 377.
Weichselbaum, A., Über Schweißfriesel vom anatomischen, ätiologischen und epidemiologischen Standpunkte 34.
Weidenfeld, Lupus erythematosus, Lupus erythematosus disseminatus, Lupus pernio 150.
— Lichen ruber verrucosus 297.
— 296. 297. 300. 303.
Weigert 218. 258. 264. 541.
Weil, E., Über den Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischen 321.
—, und Dauvergne, L., Die Rezidive bei Masern 45.
—, Josef, Zur Kasuistik der Vulvasarkome 476.
Weill 36.
Weinberg, Über eine neue Methode der abortiven Tripperbehandlung 427.
Weinbrenner, Eduard, Über die Dauerheilung operativ behandelter chirurgischer Tuberkulosen 58.
Weinland, E., Physiologie der Leber 561.
Weisl, Ein weiblicher Condom in der Gegenwart 528.
Weiss, A., Erfahrungen mit Levurinose 572.
—, Julius, Zur Anwendung des Mesotans in Salbenform 268.
—, Ludwig, Beitrag zum Studium des Erythema induratum (Bazin) 631.
—, Moriz, Die Kombination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberkulösen Geschwüre der Unterlippe 59.

Welander, Edvard, Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injektion von Salicylquecksilber und mit Merkuriolöl 505.
— Über die Pflege kleiner hereditär-syphilitischer Kinder 561.
— 567.
Welch 35.
Wernic, Leon, Einhundert Fälle von nach Bier behandelten Bubonen 516.
Wernich, F. S., Wirksame Behandlung der Tuberkulose und Lepra 316.
Wersilowa, Marie, Zur Lehre der hereditären Syphilis 112.
— 538. 541. 594. 596. 597. 599. 600. 601. 603.
Wertheim 520. 521.
Werther 275. 276.
Wesolowski 29. 73. 91.
West 29. 91.
Westberg, Friedrich, Kasuistischer Beitrag zum Herpes recidivans chronicus in loco 198.
Westenhoeffer und Glaserfeld. Bruno, Pathologische Anatomie 517.
Weyer, Vaude, und Wybauw, R., Über die Wirkung der Eisenquellen von Spa auf die Syphilis 117.
White, Charles J., Lichen obtusus corneus — ein ungewöhnlicher Typus der Lichenifikation 465.
— 420.
—, James C. 207.
Whitehouse, Henry H., Flüssige Luft in der Dermatologie, ihre Anzeigen und Beschränkungen 570.
Whitfield. Arthur, Ein Handbuch für Hautkrankheiten und deren Behandlung 469.
Whyte, J. Mackie, Ein Fall von allgemeiner Fibromatosis mit tödlichem Ende infolge eines Tumors an der linken Brustseite 367.
Wicher 347.
Wichmann, Paul, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medizinischen Quarzlampe und des Finsen-Apparates 525.
— 275.
—, Ralf 216.
Wickam 410.
— und Degrais, Ulcus varicosum 245.
Widal 322.
Widmark 91.
Widmer 509.
Widowitz 42.
Wiesel 370.
Wiesner, Richard, und Rach, Egon, Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der grofsen Gefäfse bei kongenitaler Lues 323.
Wiewiórski. L. 622.
Wildbolz, Plaqueförmige tuberkulöse Cystitis unter dem Bilde der Malakoplakie vesicae 462.
— Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Silbernitrat- und Protargollösungen auf lebende Schleimhäute 463.
Williams, C., Die Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Carcinomen und Sarkomen 164.
—, C. M., Die Erfolge, welche bis jetzt bei der experimentellen Überimpfung der Syphilis erzielt wurden 351.
—, Ennion, Die Regelung des Abstandes der Röntgenröhre bei der Behandlung oberflächlicher und tiefer Geschwülste 99.
— Behandlung maligner Geschwülste mittels Röntgenstrahlen 164.
Williamson, R. T. 564.
Wilms 161.
Wilson 410. 411. 416. 426. 513.
Winfield 206.
Winiwarter, Hans von, Über Pagetsche Krankheit 198.
Winkler 3. 10. 11. 12. 275.
*—, Ferdinand, Experimentelle Studien über den Einflufs der elektrostatischen Behandlung auf die Vasomotoren der Haut 63.
*— Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Franklinisation in der Behandlung des Lupus vulgaris 239.
*— Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom 284.
—, Max, Weitere kasuistische Beiträge zu den multiplen symmetrischen Gesichtsnaevi 248.
— Über die toxische Wirkung des Chrysarobins auf die Nieren und seine Ausscheidung 572.
— 501.
Winternitz, Rudolf, Einige Bemerkungen über Urticaria arteficialis 198.
— 432.
Wirschubski, Zur Kasuistik der Sklerodermie 373.
Wiśniewski 442.
Witte, P., Wirksamkeit der Exzision syphilitischer Primäraffekte 198.
Witzenhausen, Die Phimose — eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben 428.
Wolfe, J. L., Variola und Variolois 254.
—, J. M., Versuch einer Selbstkastration 432.
Wolff 509.
—, Arnold 474.
—, W. 562.
—, Max, Eine Entgegnung auf die Pallidakritik von Herrn Saling 108.
— 108.
Wolfheim, Richard, Zur Kenntnis der malignen Schweifsdrüsentumoren 199.

Wolters 167. 532. 533. 545.
— Über Heilung eines Falles von primärer, ascendierender Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber 548.
—, Max, Hydroa vacciniformis (Bazin) 154.
Woolley, Paul G., Tropische Hautulcerationen 123.
Wossidlo, H., Ein neues Ureterocystoskop 462.
— Chirurgische Erkrankungen des Penis, der Urethra, des Samenstranges, Hodens, Nebenhodens 517.
Wright 571.
Wybauw, R., und Weyer, Vaude, Über die Wirkung der Eisenquellen von Spa auf die Syphilis 117.
Wyss, Oscar, Zur Wirkungsweise der „Scharlachöl"-Injektionen B. Fischers bei der Erzeugung carcinomähnlicher Epithelwucherungen 526.

X., Die Wiener Blatternepidemie 627.

Yamada, H., Stärkekleister als Hautmittel nebst Bemerkungen über die Scabiesbehandlung 212. 213.
— Ein Fall von Herpes zoster bullosus et haemorrhagicus 212.
— Trichophytie in Japan 213.
— Trychomykosis palmellina 560.
Yamashita, Krankenvorstellung von Peniscarcinom 560.
Yeshida, N., Desinfektol als Antiscabiosum 213.
Yomose, Dermatitis papillaris capillitii 213.
Yùdice, F., Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl 250. 305.
Young 253.
—, Hugh H., Die Behandlung einseitiger renaler Hämaturie durch Injektion von Adrenalin mittels Ureterenkatheters 473.

Zabel, A., Spirochaeta pallida in Ausstrichpräparaten von in Formalin gehärteten Organen 350. 523.
Zabolotny 261. 504.
— und Masslakowitz, Beobachtungen über die Bewegung und das Zusammenkleben der Spirochaeta pallida 105. 523.
Zahorsky, John, Die städtische Überwachung der Masern 579.
Zarubin, Valentin, Über extragenitale Syphilisinfektion 199. 307.
— 414.
Zeisler, Joseph, Diskussion über Radiotherapie in der dermatologischen Gesellschaft von Chicago 351.
— 571.
Zeissl, Maximilian v., Behandlung der Spätformen der Syphilis 328.
— Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung (mit besonderer Berücksichtigung des Mergal) 357.
Zelsir 167.
Zenker 148. 498.
Zera 516.
Zettnow 101.
Zeuner, W., Trockenbehandlung der Blennorrhoe 480.
Zeyneck, v. 449.
Ziegler, Karl, Über Exsudatzellen bei der akuten septischen Entzündung des Bindegewebes 526.
Ziehl 542. 543. 597.
Zieler, Über die bei der aseptischen Entzündung des Bindegewebes auftretenden Zellformen 199.
— Die Wirkungsweise der modernen Blennorrhoetherapie 226.
— Die Anwendung des 40%igen „grauen Öls" (Oleum cinereum) zur Behandlung der Syphilis 356.
— 276.
Zinsser 118. 416.
—, Ferdinand, Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Cöln 549.
Zuckerkandl und Stoerk, Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase 462.
Zuelcher, G., Über einen Fall von akutem, circumskriptem angioneurotischem Ödem 200.
Zuelzer, R., Die Nachbehandlnng von Fingerverletzungen von seiten des praktischen Arztes 360.
Zumbusch 22. 91.
Zweifel 224.

Merk, Ludwig, Masern ohne Exanthem 45.
— Zwei Leprafälle in Tirol 629.
Merle 22. 27. 89.
—, P., und Balzer, F., Livedo inflammatoria 246.
Mero, E., Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Skrophulose 631.
Merrill, Theodore C., Variola und Variolois 628.
Mertsching 138. 139. 143. 192.
Mery, Die Erytheme und das Ekzem der Säuglinge 119.
Merzbach, G., Perplex-Harnröhrenspritze 612.
Metnitz, Jos. v., Jothion 267.
Metscherski, Zwei Fälle von atypischem syphilitischem Schanker 110.
— Zur Behandlung der malignen Syphilis 322.
— 412. 421. 423.
— Lebende Spirochaeta pallida 459.
— Psorospermosis Darier 459.
— Duhringsche Dermatitis 503.
— und Bogrow, Die Hauptkliniken und Hospitäler für Dermatologie im westlichen Europa im Sommer 1907 580.
— Sporotrichosis 611.
— Prophylaxis der Syphilis nach Metschnikoff 611.
— Kulturen der Spirochaeta pallida nach Levaditi 611.
Metschnikoff 61. 101. 102. 224. 262. 319. 352. 511. 611.
Metsuda, Demonstration eines Leprakotens aus der Venenwand entwickelt 213.
Mettler, L. Harrison, Motorische Ataxie in Beziehung zu venerischen Exzessen 100.
Metzner, R., Die Absonderung des Hauttalgs und des Schweifses 561.
— Die histologischen Veränderungen der Drüsen bei ihrer Tätigkeit 561.
Meunier 44.
Mewborn, A. D., Welches sind die Behandlungsmöglichkeiten für Geschlechtskranke in den Polikliniken und Spitälern New Yorks? 276.
Meyer, N., Über die Endoskopie der Blase (direkte Cystoskopie) 465.
—, O. B. 606.
—, Willy, Cystoskopie bei Tuberkulose der Harnwege 377.
Meyerson 81.
Mibelli, V., Über die sogenannte tertiäre Periode der Syphilis 511.
— 334. 345. 406. 409. 410. 416. 424. 439. 441. 442. 515.
Michaelis 628.
—, Leop., Einige Bemerkungen zur Syphilisdiagnose und -Therapie 117.
Mielck 255.
Miescher 182.
Migliorini, Untersuchungen über die Veränderungen des elastischen Gewebes bei einigen pathologischen Zuständen der Harnblase 512.
Mikulicz 157.
Milian, Die Überwachung des Nervensystems der Syphilitiker 509.
Miller, Charles C., Abstehende Nasenflügel 100.
—, James W., Schema systematischer Untersuchung bei Geschlechts- und Harnkranken 99.
Minet, H., Erfolge der raschen elektrolytischen Dilatation bei den Harnröhrenverengerungen 617.
Minos 528.
Miropolski, Zur Frage der abortiven Behandlung des akuten Trippers 427.
Mirtl, Carl, Zur Behandlung der Erfrierung mit künstlicher Hyperämie 272.
Miserochi, Helmitol bei Nephritis 313.
Mitsuda, Gewebsveränderungen nach Quecksilberinjektion 212.
Moberg 422.
Möller 4. 5. 9. 10. 11. 12. 15. 91. 154. 155. 201.
—, M. 150.
—, Magnus, Über die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, über Meldepflicht bezw. Melderecht und über die Ermittelung der Ansteckungsquelle bei ansteckenden Geschlechtskrankheiten 550.
— 507.
Moleschott 383.
Molinari, Georg, Über die schwielige Arteriosklerose und ihre Beziehung zur Syphilis 324.
Moll, Albert, Nervöse Störungen des Harn- und Genitalapparates 517.
— Welche Stellung hat der Arzt zur Frage der sexuellen Aufklärung der Kinder zu nehmen? 525.
Momose, Weiterer Verlauf von Erythème kératosique symétrique 560.
Monboddo 347.
Monell 293.
Monier-Vinard und Gaucher, Übertragung der Syphilis durch ein Bruchband 244.
— — Ulcus durum in der Regio axillaris 244.
— — Heredo-Syphilitiker 244.
— und Lesné, Fall von multiplen chronischen subcutanen Abscessen, verursacht durch einen Fadenpilz (subcutane Sporotrichose) 360.
Monod 510.
Montgomery 207. 510.
—, Frank Hugh, Mitteilung über einen Fall allgemeiner Blastomykosis mit Autopsie und erfolgreichen Impfversuchen 466.

Monthus, A. 26. 27. 73. 74. 91.
Monti 486.
Moreira, Juliano, Die fernsten Ursprünge der Lepra in Brasilien 346.
Morestin, Nasenkrebs 245.
— Operativ geheilte Perforation des Gaumens 425.
— Tuberkulose der Zunge 426.
— Penis wegen Krebs amputiert 426.
Morgenroth, J., und **Stertz**, G., Über den Nachweis syphilitischer Antikörper im Liquor cerebrospinalis von Paralytikern nach dem Wassermann-Plautschen Verfahren der Komplement-Ablenkung 60.
Morhardt, Paul Emile, Über die Geschlechtskrankheiten und die Regelung der Prostitution vom sozialhygienischen Standpunkt 524.
Moriconi, Ludwika, Beitrag zur Frage der Prostitution im Königreich Polen 515.
Morris 509.
—, **Malcolm** 21. 90.
— und **Fox, Wilfried**, Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit 203.
Morton 64. 65. 69. 70. 71. 72.
Moser 42. 271. 313.
Mosetig 148.
Moskowicz 619.
Mosny und **Malloizel**, Ein Fall von syphilitischer weifser Pneumonie bei einem Erwachsenen 557.
Moutot, H., und **Petitjean**, Über Hermophenylinjektionen bei Syphilisbehandlung 210.
Movell, Harry, Paraphimose 253.
Mraček, Franz, Handbuch der Hautkrankheiten 214. 355.
— 12. 90. 121. 183. 602.
Mucha, Psoriasis vulgaris, Arsenmelanose 153.
— circumscripte Hypertrichosis 153.
— 150.
— und **Landsteiner**, Lebende Spirochäten, Dunkelfeldbeleuchtung 153.
Mühlens, P., Untersuchungen über Spirochaeta pallida und einige andere Spirochätenarten, insbesondere in Schnitten 259.
— 109. 321.
— und **Hartmann, Max**, Was wissen wir über den Vaccineerreger? 52.
— — Berichtigungen zu der Publikation Siegels „Zur Kritik der bisherigen Cytorrhyctesarbeiten" 107.
Mühsam, Richard, Zur Behandlung der Urinretention bei Prostatahypertrophie durch suprapubische Fistel plus Cystopexie 435.
Müller, Herpes tonsurans capillitii 149.
— Lichen und Acne scrophulosorum 296.
— Lichen scrophulosorum 296.
Müller, Lichen syphiliticus 296.
— Sklerodermie, Sklerodaktylie 297.
— Über Protargolsalbe 571.
— 6. 470.
—, C., Referate 36. 46. 114. 121. 157. 166. 168. 175. 219. 222. 310. 366. 367. 431. 434. 480. 513. 519. 573. 577. 628. 629.
— 88. 499. 594.
—, J. 191.
Münster, Über Pocken in Ostasien 47.
Muratow, A., Die syphilitische Metrorrhagie 115. 324.
Mursin 183.

Näcke, P., Dermatologische Beiträge: Revaccinationserscheinungen nach Fieberattacken 51.
— Dermatologische Beiträge: Ekzema acutum arteficiale durch Siegellack-Ringeinlage 120.
Nagel, W., Handbuch der Physiologie des Menschen 561.
Nagelschmidt 275. 276.
—, **Franz**, Über eine Nachweisestelle syphilitischer Ammen 327.
Nakahara, Über die Antipyrinexantheme 212.
Nambu, T., und **Tiedemann**, Beitrag zum klinischen und anatomischen Bild der Lues cerebrospinalis 325.
Nauwerck 362.
Nedden, von zur, Vaccineerkrankung des Lidrandes 56.
Née, Paul, Über den modernen Stand der Frage des Favus beim Menschen 359.
Neelsen 542. 543. 597.
Negri 53.
Neisser, Albert, Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande 60.
— Über örtliche und innerliche Behandlung der Blennorrhoe 478.
— Syphilisforschungen auf Java 550. 552.
— 460. 499. 509. 511. 517. 520. 565. 620.
— Atoxyl bei Syphilis und Framboesia 569.
Nelken, A., Akute Spermatocystitis 434.
— 21. 26. 62. 87. 91. 94. 194. 195. 241. 246. 247. 320. 321. 322. 347. 447.
Nencioni und **Paoli**, Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach weichem Schanker 121.
Netter, H., Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung 576.
Neuberger, J., Über die Morphologie, das Vorkommen und die Bedeutung der Lymphocyten im blennorrhoischen Urethralsekret, nebst Bemerkungen über die sogenannten Kugelkerne 223.

Neugebauer, Sklerose der rechten Mamilla 149.
Neuhaus, F. H., Epitheliom der Clitoris 475.
Neumann, A. 223.
— 26. 202. 282. 301. 410. 419. 421. 422.
—, J. v., Über die bisherigen Ergebnisse der Übertragung der Syphilis auf Affen 61.
— 90. 150. 153.
—, Walther, Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd 527.
Neusser 369.
Neutra, W., Über Jodophilie bei Scarlatina 39.
Nicolas, Joseph, und Favre, M., Beitrag zur pathologischen Histologie der tertiärsyphilitischen Hauterscheinungen 211.
— 22. 26. 91. 335. 343. 345. 407. 408. 418. 424.
Nicolich, Nierenoperationen an Patienten mit einer einzigen Niere 463.
Nicolle 160.
—, C., und Bastide, Die Lepra in Tunis 347.
Nigoul, M., Untersuchungen über den Heilwert des Gonosans bei der Behandlung der Blennorrhoe 226.
Nielsen 332. 345. 407. 408. 422. 424.
—, L. G., Über die Zecken 375.
*—, Ludwig, Eine Berichtigung 502.
Niessen, v., Die Stellung der Dermatologie in der Medizin 378.
Nieuwenhuis 276.
Nikikoroff 31.
Nishikawa, S., Weiterer Verlauf von Xeroderma pigmentosum 560.
—, und Saito, Y., Die Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich Japanischen Universität zu Tokio 1903 560.
Nitze 173. 429. 555.
Nivet 410.
Nixon, T. A., Sklerodermie und Myositis 168.
Nobbs, A., Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum 574.
Nobl, G., Über das Schutzvermögen der subcutanen Vaccineinsertion 49.
— Lupus erythematosus discoides, Epitheliom 147. 148.
— Ekzema mycoticum en plaque 148.
— Lues, Tubercula cutanea 148.
— Lymphangiektasia varicosa oder Lymphvarix 151.
— Bromexanthem 151.
— Erythem und Ichthyosis 151.
— Die chronische Urethritis und ihre Behandlung 225.
— Molluscum contagiosum giganteum, Fibrom 295. 299,
Nobl, G., Tuberculosis miliaris cutis ulcerosa 295.
— Onychia und Paronychia syphilitica ulcerosa 302.
— Lichen ruber planus 302.
— Papillomatöse Tuberculosis cutis 302.
— 52. 275. 300.
Noguès, Paul, Spontane Heilung der Blennorrhoe im Verlaufe einer akut fieberhaften Erkrankung 554.
Nomere, Ein Fall von Keratosis 213.
Nothnagel 135. 190. 191. 602.
Notthafft, Albrecht v., Die Legende der Altertumssyphilis 158. 613.
— Blennorrhoe und Komplikationen 517.
Novy 101.
Nuesse 276.
Nussbaum 195.

Obermeier 110.
Obermüller 443.
Oberst 607. 609.
Oberwarth 32.
Odier 509.
Oertel, Henry Benjamin, Ein Fall von Skrotumcalculi 429.
Offergeld 405.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Eine Aztekendarstellung der Lepra 315.
— Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hautleiden 504.
— 416.
Ohno, Krankenvorstellung von Keratosis follicularis 212.
— Über die Osmidrosis in Japan 213.
— Über die Gonokokkenfärbung 560.
— Über Osmidrosis 560.
— Syphilis ulcerosa 560.
— 21. 91.
Okamura, Vier Fälle von extragenitalem Schanker 560.
— 30. 31.
Olivier, M., und Marchand, L., Über Syphilis und Wahnsinn 557.
Opificius, Marie, Ein Fall von benignem Miliarlupoid (Boeck) 249.
Oplatek, Carl, Über Reinfectio syphilitica 321.
Oppenheim, H., Geschlechtskrankheiten und Nervenleiden 552.
—, Moritz, Tuberkulose der Schleimhaut, sputigene Infektion 148.
— Lues corymbosa 149.
— Lues maligna praecox 149.
— Lupus erythematosus 152.
— Atypische Pityriasis rosea 152.
— Drei Hautaffektionen 295.
— Akrodermatitis und Fibrom 300.
— Über Hautveränderungen Erwachsener im Anschlusse an die Picquetsche Reaktion 631.

Oppenheim, Moritz 149. 195. 196. 215. 275. 295. 299. 325. 329. 335. 337. 342. 343. 345. 405. 406. 407. 409. 410. 418. 422. 424. 503.
Orback 414.
Orlowski, Die Impotenz des Mannes 311.
— Der Tripper 356.
Otto, Czeslaw, Syphilitische Entzündung der Gefäſse mit nachfolgender Gangrän 515.
Oudin 293. 510.
Overton, E., Der Mechanismus der Resorption und der Sekretion 561.
Oxton, Samuel T., Pathologische Befunde bei zwei Fällen von Mykosis fungoides 124.

Paget 614.
Paltauf 497.
Paneth 66.
Panichi, Luigi, Rapide Behandlung der beginnenden Urethritis blennorrhoica 479.
—, und Tizzoni, Guido. Weitere experimentelle Untersuchungen über die Pellagra 272.
Paoli, A., Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach Ulcus venereum 308.
—, und Nencioni, Die Radiotherapie bei den verschiedenen Formen von Adenitiden nach weichem Schanker 121.
Pappenheim 6. 186. 193. 223. 224. 258. 486. 494. 495. 498.
Paré, Ambroise 323.
Parker, Delos L., Kahlheit, ihre Ursache und Behandlung 99.
Parsons, Azarialh W., Extraktion einer 8½ Zoll langen Nadel aus der Urethra 100.
Pascual, J., und Bartrina, J. M., Ein Fall von polycystischer Erkrankung der Nieren 353.
Paschen, E., Was wissen wir über den Vaccineerreger? 52.
— 52. 53.
Pasini, Der gegenwärtige Stand der experimentellen Studien über die Syphilis 155.
— Über einen Fall von Lepra nodularis und deren Behandlung mittels Lichttherapie nach Finsen 310.
*—, A., Beitrag zum Studium der hämatogenen Theorie bei der Pathogenese der Mykosis fungoides 481.
Passmore 391.
Pasteau, Octave, Über den Wert der verschiedenen Cystoskope 377.
Pasteur 261. 352.
Pataky 297.
Pater und Guinon, L., Nierenerscheinungen im Verlaufe der Impetigo und des impetiginösen Ekzems 120.
Patschke, Ernst, Zur Tabes-Syphilisfrage 326.
Pautrier, L. M., Über die Wichtigkeit der Untersuchung des Mundes bei zweifelhafter Syphilis 102.
— und Fage, Über einen neuen Typus von Erythrodermia exfoliativa 255.
Pavinski und Korzon, Über die Wirkung des Theocins bei Nierenkrankheiten 472.
Pawlow 414. 415.
— Cuprum sulfuricum als abortives Mittel bei Ulcus molle 361.
—, J., Die äuſsere Arbeit der Verdauungsdrüsen und ihr Mechanismus 561.
— Blastomykosis der Haut 503.
Pawlowskij, Zur Frage der Ätiologie der Noma 364.
Pedersen, James, Wie kann Prophylaxe durch Behandlung bei venerischen Krankheiten am besten erzielt werden? 262.
Pelagatti, Über einen Fall von „subcutanem Sarkoid Darier“ 511.
— 3. 9. 10. 11. 12. 483. 484. 485. 488. 497. 498.
Pélicand, Maligner Tumor am Blasenscheitel. Spontane Ruptur an dieser Stelle 97.
Pellizzari, C., Vorstellung von mittels Röntgentherapie geheilten Fällen von Onychomykosis 121.
— 414. 424.
Péraire, M., und Genouville, L., Beseitigung der Hydrocele durch Lagerung des Hodens auſserhalb der Serosa, nach Inzision, Umkehrung und Naht der Vaginalis 209.
Pernet 91.
Perry 3. 5. 9. 10. 11. 12.
— -Corte, F. H. 311.
Pes, O. 89.
Peterkin, G. Sherman, Technik der Diagnose entzündlicher Zustände der Prostata und Samenbläschen 349.
Petersen 461. 509.
Petitjean und Moutot, H., Über Hermophenylinjektionen bei der Syphilisbehandlung 210.
Petrén, Karl, und Bergmark, G., Über Sensibilitätsstörungen bei und nach Herpes zoster 274.
Petri 318.
Pezzoli 9. 10. 11. 12.
Pfeiffer 580.
Philippi, Referate 35. 38, 39. 40. 41. 44. 45. 46. 47. 48. 55. 57. 60. 101. 103. 104. 106. 111. 118. 119. 120. 122. 123. 159. 164. 168. 174. 176. 226, 267. 269. 271. 315. 316. 318. 322. 323. 349. 360.

361. 364. 366. 368. 432. 434. 435. 461. 469. 471. 472. 474. 510. 511. 518. 521. 522. 523. 525. 526. 527. 570. 573. 574. 576. 612. 615. 627. 628. 630. 632.
Philippson 137. 192. 497. 558.
Photinos, Georges Th., Die Herstellung und Bedeutung der Moulagen (farbige Wachsabdrücke) 92.
— Beitrag zum Studium und zur Behandlung der Haut- und Drüsenerkrankungen in der Inguinal- und Schenkelgegend 215.
Piccardi, G., Keratosis spinulosa (Lichen pilaris seu spinulosus) 309.
— 10. 11. 12.
Pick 21. 26. 29. 76. 91. 102. 252. 421.
—, L., Über Meningokokken - Spermatocystitis 434.
—, Walther, Über einen Spirochätenbefund bei einer framboesiformen (tuberkulösen?) Hauterkrankung 194.
Picker, R., Die chronische Blennorrhoe des Mannes 476.
Picquet, v. 631.
Pietzner, Über traumatische Epithelcysten 167.
Pilf, Übertragung von Blattern vom Imptlinge auf die Mutter 628.
Pillet, E., Zwei Fälle von Perforation der Harnblase, einer infolge einer Coxitis, einer infolge einer tuberkulösen Cystitis 554.
Pinkus, Histologie der weifsen Flecke 146.
— Schnurrbarthaar, Ringelhaare 147.
—, Felix, Zwei Fälle von Sklerödem 251.
— Über eine neue knötchenförmige Hauteruption, Lichen nitidus 194.
— Referate 82. 145. 545.
— 15. 275.
Pirogow 459.
Pisko, Edward, Dermatologische Winke für den praktischen Arzt 359.
Pistoj, F., Initialssyphilom des rechten inneren Augenwinkels 309.
Plachte 82.
Planques, Das Helmitol 472.
Plass 347.
Plato 449.
Platon, Odilon, Betrachtungen über die Bekämpfung der Variola in Marseille 1880 bis 1906 48.
Plaut 60.
Plehn 276.
Plonski 415.
Plumier, P. L., Die Albuminurie 473.
Pluschkow 138. 192.
Poggs, Russel H., Die Anwendungsgebiete der Röntgenstrahlen in der Dermatologie 569.
Poisot, Ein Fall von Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi 553.
Polano, C., und Burkhardt, L., Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie 173.
Poldlock, A., Der Gonococcus Neisseri 355.
Polland, Rudolf, Über vasomotorische Reflexneurosen und verwandte Krankheitsbilder 547.
Pollitzer, J., Extragenitale Sklerosen an der Unterlippe 298.
— Lichen ruber verrucosus 298.
— Sklerodermie en plaque 298.
— Desquamatio aestivalis 302.
— Referate 147. 294.
— 9. 10. 12. 22. 78. 86. 87. 91. 207.
Pollosson 210.
Pometta, Daniele, Sanitäre Einrichtungen und ärztliche Erfahrungen beim Bau des Simplontunnels 1898—1906. Nordseite Brig 263.
Ponfick 219.
Poor 9. 11. 12.
Porosz, Moriz, Sexuelle Wahrheiten 217.
Porter, C. G., Ein Fall von konfluierenden hämorrhagischen Varicellen 627.
Posner, C., Über angeborene Strikturen der Harnröhre 172.
— Zur Behandlung der nervösen Impotenz 431.
— Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica 438.
— 224.
Pospelow, Gedächtnisworte an Sinizyn 610.
— Diagnostische Bedeutung des Tuberkulin-Test 611.
— 146. 368. 411. 424. 459. 503. 632.
Pospischill, Dionys, Das Scharlachherz (Myocarditis scarlatinosa) 579.
Posselt, A., Höchstgradiger septikopyämischer Scharlach 42.
Post 81. 84. 139. 192.
Pranter 541.
Pravaz 62. 170. 357. 622.
Predtetschenski 611.
Preis, Karl, Der bakteriologische Nachweis der Lues 101.
Preiswerk, Über das primäre Carcinom der Urethra des Mannes 462.
Priestley 347.
Pringle 2. 4. 9. 10. 12. 21. 91. 368.
Proust, R., und Vian, E., Das Prostatasarkom 256.
Prowazek 52. 53.
Pudor, H., Nacktkultur 347.
Purdy, I. S., Die lokale Behandlung der Blennorrhoe mit Irrigationen 480.
Purrington, W. A., Berufsgeheimnis und obligatorische Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten 480.
Pusey, William A. 206.

Putzler, Otto, Ein Beitrag zur Stauungsbehandlung 195.
— Referate 51. 54. 55.
— 200.

Quincke 200. 272. 573.
Quinquaud 21. 91.

Rabinowitsch, Marcus, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Tetanusbazillen und ihrer Gifte vom Magendarmtraktus aus 271.
Rabl 81. 602.
—, H. 538. 539. 594.
Rach, Egon, und Wiesner, Richard, Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der grofsen Gefäfse bei kongenitaler Lues 323.
Rahn, A., Therapeutische Notizen über einige neuere Heilmittel 313.
Railliet und Hallopeau, Drei Fälle tertiärer Syphilis und ein Fall von Lepra, „Auilarsinate de Soude" 425.
Ramm, T., Oedema durum traumaticum 270.
Ramognini, P., Beitrag zum Studium des primären Syphiloms der Membrana pituitaria 308.
Ranvier 380. 383. 384. 459. 483. 594.
Rapiport, L., Über Tripperbehandlung und einige modifizierteHeilungsmethoden 612.
Rappauer, Helmitol bei Pyelonephritis 472.
Rau 442.
Ravasini, Vier Fälle von totaler Emaskulation 464.
Ravogli, A., Lupus vulgaris des Ohres 58.
— Der Einflufs der Ernährung bei der Behandlung von Ekzem 119.
— 206.
Raynaud 351. 573.
Reblaub 404. 410. 414.
Recklinghausen, v. 11. 157. 166. 203. 302. 540. 602.
Regnault, F., Der Umschwung in der Prostitution Frankreichs 524.
Reich 391.
Reichert 153. 260.
Reimer 197.
Reines, Lupus verrucosus 151.
— Framboesiforme, kolliquative Kontiguitätstuberkulose der Haut 248.
— Pityriasis lichenoides, Leukoderma 295.
— Xeroderma pigmentosum incipiens 302.
— Lichen ruber planus 302.
— Neurofibromatosis Recklinghausen 302.
— Rezidivexanthem 304.
— Diffuse Sklerodermie 304.
Reiniger 501.
Reiss 1. 414.
Renault, Al., Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis 244.
— Ulcus durum am vorderen Gaumen 245.
— 414.
Repke 460.
Resched-Bey und Deycke-Pascha, Ein bakterielles Fett als immunisierende Substanz bei der Lepra, seine theoretische und praktische Bedeutung 56.
Respighi, E. 413. 424.
Retterer 138. 192.
Reyn 328. 526. 624.
Reynier 160. 161.
Rheindorf, Adolf, Naevus pigmentosus. Beziehungen desselben zu Sommersprossen und Chromatophoromen 368.
Ribbert 264.
Richartz, Ein bisher nicht beschriebenes Harnsediment 221.
Richter, Nieren und Harnleiter, nicht chirurgische Krankheiten des Urogenitalapparates 517.
— 545. 564.
— Erich, Über das Jothion 570.
Ricord 479.
Riebold, G., 564.
Riecke, E. 31. 275.
— und Rille, J. H., Creeping Disease 214.
Riedinger, Über Masernosteomyelitis im Röntgenbild 45.
Riehl 27. 74. 81. 134. 135. 136. 152. 190. 191. 297. 301. 303. 371. 421. 613.
Ries, Karl, Die Prüderie als Ursache körperlicher Schädigungen 553.
Rille 51. 275. 406. 419. 420. 421. 424. 499.
— und Riecke, E., Creeping Disease 214.
Rindfleisch, E. v. 158.
Ringleb, Erwiderung zu den Bemerkungen Schlagintweits 463.
Ris, F., Progressive Paralyse und Syphilis 113.
Risel, H., Körpergewichte und Milchdiät bei scharlachkranken Kindern 40.
Riva 182.
Roatta, G. B., Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Addison 370.
Robbins, Henry Alfred, Varioliformes Syphiloderm 254.
Roberts, H. B., Ein Fall von Scharlach mit Komplikationen 579.
—, Leslie, Farbe und Krankheit. Ein Beitrag zur Kunst der Hautdiagnose 203.
Robin, Die Behandlung des Fothergillschen Gesichtsschmerzes, der Ischias und der Neuralgien bei Herpes zoster 576.
—, Albert, Die Behandlung der Pruritusformen inneren Ursprungs 373.

Robinson 99.
—, Byron, Hufeisennieren 99.
—, J. Wirt, Thyreoïd-Extrakt bei Henochs Purpura 575.
Rocci 182.
Röhmann, F. 236. 237. 444. 448. 449. 450. 451.
Römer 218.
—, R., Eine chinesische Ansicht über Lepra 346.
— Beiträge zur Kenntnis der Lepra bei den Batakstämmen 346.
Röntgen 32. 45. 59. 69. 71. 98. 99. 120. 121. 139. 162. 164. 171. 172. 174. 180. 195. 197. 213. 219. 239. 251. 254. 263. 275. 288. 317. 350. 470. 490. 504. 506. 510. 553. 558. 559. 568. 569. 610. 615. 617. 619. 620. 622. 623.
Rössle 140. 143. 192.
Rogers, Corydon Eugene, Wirkung neuer Lichtstrahlen auf Cystitis und tiefgehende urethrale Entzündung 349.
— Dauernde Heilung der Ichthyosis durch neue Lichtstrahlen 504.
Rohde 140.
Rohleder, Hermann, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen 312.
Rolleston, Ein durch Chloreton bedingter Hautausschlag 271.
—, J. D., Über zwei Fälle von Syphilis, welche Abdominaltyphus vortäuschten 322.
— Fieber bei tertiärer Syphilis 323.
Rolshoven, Fr., Zur Technik der Injektion unlöslicher Quecksilbersalze 118.
Romanowsky 214.
Romme, R., Albuminuria digestiva und fremde Eiweifsstoffe 222.
— Atoxyl bei Spirochätenerkrankungen 569.
Romo, Benjamin, Ein Fall von Pyelocystitis, behandelt mit Helmitol 471.
Rona, S., Der praktische Wert der Schaudinnschen Spirochaeta pallida 260.
— 91. 150.
Rondelet 323.
Roscher 571.
Rosenfeld 276.
Rosenthal, O., Stark tätowierter Mann 32.
— 32. 545.
Rosenstadt 143. 145. 193.
Rossolimo 176.
Roth, D., Ein Fall von echter Angina erysipelatosa 163.
Roth, Ph. 348.
Rothmann, Die Humoralpathologie in der Beleuchtung der neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Bakteriologie und die Lehre vom Tripper 158.
— Über spezielle psychiche Suggestion bei Behandlung der Impotenz 517.
Rothmann, E., Die Bedeutung der künstlichen venösen Stauung bei den tuberkulösen und blennorrhoischen Epididymitiden 214.
Rothschuh 275. 276.
Roux 61. 101.
Rovasio, R., Über das Helmitol 266.
Ruck, Karl von, Phthise als Ursache sexueller Exzesse 100.
Rudis-Jicinsky, J., Vergleich des Wertes von Radium- und Röntgenbehandlung bei einigen Hautkrankheiten 350.
Rudisch 22. 91.
Ruecke 91.
Ruediger, G. F. 37.
Ruhemann, J., Anwendung des Mesotanvaselins 163.
Runge 402. 456.
Ruppel, W. G. 443. 444. 457.
Rusch, P. 419. 420. 421. 424.
Russell 540. 542.
Rutgers, J., Skizzen aus Holland 551.

Saalfeld, Edmund, Zur inneren Therapie der Syphilis 119.
— Zur inneren Behandlung der Blennorrhoe 226.
— Eine neue Anwendungsform der Tonerde 571.
— 146. 358. 545.
Sabouraud, R., Weitere Untersuchungen über das Mikrosporum. Dritte Abhandlung: Das Mycelium intrapilare des Mikrosporum 34.
— Neue Untersuchungen über das Mikrosporum. Vierter Teil: Allgemeine Morphologie des Mikrosporum im Haar 94.
— 120. 367. 497.
Sachs, Otto, Psorospermosis follicularis Darier 164.
— Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica 195.
— Beitrag zum Studium des Herpes zoster und Beschreibung einer in Breslau beobachteten Zosterepidemie 559.
— 475. 497.
Sack, Arnold, Pruritus cutaneus 215.
— Haarkrankheiten 355.
—, J., Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex 257.
Sadger, J., Die Hydriatik des Rotlaufes 163.
Saïto, Krankenvorstellung von Bromexanthem 213.
— Über die Behandlung von Prurigo 213.
— Krankenvorstellung von Syphilis hereditaria tarda 560.
—, Y., und Nishikawa, S., Die Krankenstatistik der dermatologischen Klinik an der Kaiserlich Japanischen Universität zu Tokio 1903 560.

Sakamoto 560.
Sakurane, K., Eine Behandlungsweise des Unterschenkelgeschwürs 195.
— Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in Geweben 213.
— Vorläufige Mitteilung über den Spirochätenbefund bei Variola vera 313.
Saling, Theodor, E. Hoffmanns „Die Ätiologie der Syphilis" in kritischer Beleuchtung 107.
— Kritische Betrachtungen über die sogenannte Syphilisspirochäte. 1. Die Silberspirochäte 107.
— Erwiderung auf den vorstehenden Artikel des Herrn Wolff, betreffend die „Spirochäten"-Frage 108.
— Die sogenannte „Luesspirochäte" 110.
— Spirochätenähnliche Spiralfasern (sogenannte Silberspirochäten) im Gewebe eines Schweinefoetus 521.
— 106. 108. 109. 110. 261.
Salmon 357. 614.
—, P. 468.
Sanctis 391.
Sandeck, Ignaz, Zur Kasuistik der „kolloiden Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe" 169.
Sandman, F., Ein neuer mechanischer Kompressor bei der Lichtbehandlung nach Finsen 506.
Santi 384. 385. 388. 389. 390. 401. 451.
Sata 538. 602.
Sato, Demonstration einer Nierentuberkulose, exstirpiert unter der Diagnose von Nierensteinen 212.
Sauvage und Levaditi, Das Eindringen des Treponema pallidum ins Ovulum 103.
Savičevič, Milk, Noch einiges über Crurin 33.
Savill 3. 12.
—, Agnes F., Ein Fall von multiplen, circumskripten Lipomen, welche mit Äthylchlorid behandelt wurden 368.
Saxe, De Santos, Eine Studie über die Fäden im Urin und deren Beziehung zu Diagnose und Prognose 221.
Schacht, F., Die sexuelle Ethik 348.
Schäffer 414.
—, Jean, Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten 200.
Schaffroth, Paul, Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit parenchymatösen Jodinjektionen 436.
Schalek, Alfred, Diagnose der Hautkrankheiten 253.
Schall 501.
Schamberg, Jay Frank, Gegenwärtiger Stand der Phototherapie 568.
— 206. 466. 571.
Schattelesz, M., und Török, L., Beiträge zum Nachweis der Spirochaeta pallida 522.
Schatzky 64.
Schaudinn 13. 62. 101. 104. 106. 108. 110. 260. 318. 321. 552.
Schenk, Paul, Die Züchtung der Tierlymphe 54.
Scherber, Lichen scrofulosorum 149.
— Prurigo ferox 149.
— Pityriasis lichenoides chronica 149.
— Psoriasis punctata 149.
— Psoriasis guttata 149.
— Pityriasis lichenoides chronica 296.
—, G., Zur Klinik und Ätiologie der nekrotisierenden Stomatitisformen 527.
— 21. 91. 300. 320. 352.
Schereschewsky, J., Zum Nachweis der Spirochaeta pallida in Ausstrichen 318.
Schick, B., Die Therapie des Scharlachs 313.
Schidachi, Tomimatsu, Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati) 272.
Schiele, W., Über die blennorrhoischen Erkrankungen der Prostata 477.
Schiff, Über Röntgenbehandlung des Epithelioms 164.
— 66. 240. 241. 275. 276. 299. 510.
Schindler 110.
—, Carl, Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis posterior 195.
— Die venerische Ansteckung der Hebammen im Beruf und die Notwendigkeit eines Hebammenversicherungsgesetzes für das Deutsche Reich 216.
— 565.
Schlagintweit, Über Spülcystoskope 463.
— 463. 555. 619.
Schlasberg H. J. 533. 534.
Schlatter, Carl, Über die Biersche Hyperämiebehandlung 569.
Schleich 604. 608.
Schlesinger 270.
Schmidt 197. 603.
—, Fr., Zur Kasuistik der Sklerodermie 247.
—, L. E., und Kolischer, G., Moderne Chirurgie der Blasengeschwülste 430.
—, M. B. 599. 602.
Schmorl 522.
—, G., Die Färbung der Spirochaeta pallida im Schnittpräparat nach Giemsa 523.
Schnabel 17.
Schneider, Herbert, Über einen Fall von Rhinophyma 365.
Scholtz, Beitrag zur Lehre von der Hydroa aestivalis 196.

Bruten 323.
Brytschew, Universelle Ichthyosis 504.
Buchwald 421.
Buisine 391. 392.
Bukofzer 66.
Bukowski, F. W. 567.
Bulkley, L. Duncan, Über die Beziehungen von Krankheiten der Haut zu inneren Störungen mit Bemerkungen über Diät, Hygiene und allgemeine Therapie 158.
— Bedeutung und Behandlung des Juckens 374.
— Gefahrsignale der Haut 525.
— Veronal-Dermatitis 573.
Buraczynski, Andrzej, Zur Frage des Ikterus im Frühstadium der Syphilis 621.
Burchardt 381. 387.
Burckhardt 461.
Bureau 372.
Burk, W., Die Behandlung mit Stauungshyperämie bei Phlegmonen und anderen akut entzündlichen Erkrankungen 122.
Burkhardt, L., und Polano, C., Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie 173.
Burow 195.
Buschke, A., Über den heutigen Stand der Lupustherapie 58.
— Hautblastomykose 355.
— 3. 4. 5. 10. 11. 12. 62. 197. 503.
— und Fischer, W., Weitere Beobachtungen über Spirochaeta pallida 106.
Butlerow 190.
Butlin, H. T., Über die von Hunter verfolgten Lebensziele und die Art, wie er sie erstrebte 175.
Buttersack 42.
Buzzi 383. 384. 385. 388.. 415. 445. 451. 456.

Cabane 355.
Cajal, Ramón y 110.
Callenfels 66.
Calvert, W. J., Die Esbachsche Eiweifsprobe, durch Kreatinin gestört 473.
Cammidge, P. J., Der Nachweis von Aceton im Urin 472.
Camus, P., und Gaucher, Ulcus specificum der Fossa navicularis urethrae 245.
— — und Druelle, Schanker des Zahnfleischrandes 245.
Campani, Über eine neue Form von sexueller Neurose. die Prostatorrhoea vesicalis 434.
Campbell, Ralph R., Venöses Hautangiom mit beginnender Malignität 366.
Cappelli und Gavazzeni, Die Wirkung des Quecksilbers auf die Spirochaeta pallida 511.
Carini, A., Beitrag zur Kenntnis der Filtrierbarkeit des Vaccinevirus 53.
Carle, M., und Boulud, R., Über Seifenpomaden 255.
Carlini und Giarré, C., Über die Anwesenheit eines hämophilen Bacillus im Blut Masernkranker 580.
Carroll, James J., Metastatische Conjunctivitis bei Blennorrhoe 478.
Casagrandi 202.
Casanova, Ersatzmittel des Condoms 528.
Caspary, J. 9. 10. 12. 81. 89. 138. 192.
Castaigne 174.
Castano, Albert, Die perineale Prostatektomie und die transvesikale Prostatektomie nach Freyer: vergleichende Studie 97.
Castellani 364.
Cathelin 377.
Cedercreutz, Axel, Zur internen Therapie der spitzen Kondylome 33.
— Die X-Zellen des spitzen Kondyloms (Unna)-Chromatophoren 507.
Celsus 562.
Cerini 249.
Chakarian, Ardachès, Ein Fortschritt in der internen Therapie der Blennorrhoe 479.
Chamberland 521.
Chardin, Maurice, Masernrezidive 45.
Chatin, A., Ein dermatologischer Verband, Collodium mit Watte 467.
Chauffard, Primäres, perforierendes Epitheliom des harten Gaumens 365.
— Zur Pathogenese des kongenitalen Ikterus der Erwachsenen 374.
— Die blennorrhoische Hyperkeratose 477.
Cheinisse 46.
Chetwood, Charles H., Einige Bemerkungen über Prostatahypertrophie 220.
— Prostatektomie in zwei Zeiten: eine konservative Operation mit ganz geringer Gefahr 220.
Chiari 218. 219. 222.
Chirié, J. L., und David, Cr., Über die Behandlung eines Brustabscesses ohne Inzision durch Aspiration und Injektionen von Argentum colloidale in kleinkörniger Lösung 361.
Chirone, Ein durch Quecksilberbehandlung geheilter Fall von Sklerodermie 168.
Christian, Hilary M., Impotenz als Ergebnis übermäfsigen Liebesgenusses 100.
Chrzelitzer, W., Zur Wärmebehandlung der Prostatitis 348.
Ciarrocchi 372.
Citron, S., Bakteriologie des Urogenitalapparates 517.
Clairmont, Paul, Über den Wurmfortsatz und die Harnblase als Bruchinhalt 174.

Clark, J. Bayard, Blennorrhoische Prostatitis 477.
Claude, Octave 15.
Clausmann, Prostitution, Polizei und Justiz 549.
Clayton 632.
Cochenhausen, v. 391. 392.
Cocuzza, Über zwei Fälle von Sarkom des ektopischen Hodens 175.
Cöster, Variola und Variolois 315.
Cohn, Fritz, Der gegenwärtige Standpunkt in der Pathologie und Therapie des Ulcus serpens corneae 218.
—, Paul, Über Hämospermie, ein Fall von Lues haemorrhagica der Samenblasen 462.
Cohnheim, O., Physiologie der Verdauung und Aufsaugung 561.
Colombini 202.
—, Pio, Bakteriologische Untersuchungen über die nach Ulcus molle auftretende Lymphangitis 505.
Colt, G. H., Fünf Fälle von Bubo inguinalis 361.
Comosci, Über Dialyseversuche mit dem Helmitol 472.
Conner, John J., Dermatitis infolge von Rhus toxicodendron 350.
Constantin 25. 89.
—, E., und Levrat, Ein weiterer Fall von Dyskeratosis pseudo-follicularis Darier 34.
Corlett 206.
Cosentino, Über das Lymphangioma circumscriptum papillare der Znuge 166.
Costa, Mendes da 12. 21. 27. 29. 91.
Coudray, Paul, Behandlung der Retentio testis 98.
Couillaud 26. 74.
Cowper 197.
Crédé 42. 361.
Crespin, Variola in Algier 46.
Crippa, J. F., und Feichtinger, F., Ein Fall von tödlich verlaufender Quecksilberintoxikation 266.
Crocker, Radcliffe 3. 5. 9. 10. 11. 12. 21. 89. 155. 309. 412.
Crockett, Frank S., Ärztliche Ratschläge für Geschlechtskranke 504.
Cronquist, Carl, Eine Quecksilberschnupfungskur 248.
Crowell, Andrew J., Konservative Prostatektomie 253.
Crull 497.
Crutcher, Howard, Cystotomia suprapubica bei einer Frau wegen Carcinom der Urethra 350.
Csillag 167.
Cube 260.
Curie 614.
Cutter, J. B., Maligne Hodengeschwulst 175.

Dalche 115.
Dalous 25. 89.
Danforth, Isaac N., Ist Syphilis heilbar? 100.
Danlos, Herpesartige Ausschlagform 244.
— 26. 76. 245. 406. 410. 423. 566.
— und Blanc, Syphilis hereditaria tarda 425.
— — Symmetrische Lymphome 246.
Danysz 632.
Danziger, Felix, Über Vaccina generalisata 628.
Darier 3. 4. 5. 6. 9. 10. 12. 34. 125. 164. 165. 215. 255. 414. 459. 511. 512.
Darmstädter 235. 236. 237. 238. 379. 388. 390. 391. 392. 393. 396. 403. 448. 450. 455. 458.
Dauvergne, L., und Weil, E., Die Rezidive bei Masern 45.
David, Cr., und Chirié, J. L., Über die Behandlung eines Brustabscesses ohne Inzision durch Aspiration und Injektionen von Argentum colloidale in kleinkörniger Lösung 361.
Davidoff 539. 566.
Day, Francis R. 629.
Deaderick, William H., Pathogenese des hämoglobinurischen Fiebers 474.
Degrais und Wickham, Ulcus varicosum 245.
Dehérain 406. 410. 423.
Deiaco, Pius, Über Lokalisation und Natur der pellagrösen Hautsymptome 574.
Delbanco 274. 412. 535. 598. 602.
Delbet, Paul, Fester Nahtverschlufs der Harnblase durch Ablösung und Vorstülpung der Schleimhaut 209.
— Über die angeborenen Mifsbildungen der Harnblase und ihre Behandlung 255.
— Die Reinigungssonde nach Cabane 355.
— Ist die Behandlung der Cystitiden der Prostatiker mittels der Einführung von Kathetern richtig und ausreichend? 556.
Deloeme, E., Die Syphilis im Heere 469.
Denys 180.
Dercum 252.
Deschamps, Marcel, Beitrag zum Studium der Spontanheilung der Nierentuberkulose 210.
Deshayes 410. 423.
Desnos 618.
Deuchler 242.
Deutsch, E. 564.
Devergie 206. 309.
Deycke-Pascha und Resched-Bey, Ein bakterielles Fett als immunisierende Substanz bei der Lepra, seine theoretische und praktische Bedeutung 56.
Diday 612.

Diesing, Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen 54.
— Nachtrag zu der Abhandlung „Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra" 57.
— Die Heilung der Lepra 630.
Dietrich 610.
Dietschy, Rudolf, Die Albumosurie im Fieber 472.
Dillingham, Die Differentialdiagnose der akuten Exantheme 36.
Diver 40.
Djatschkow, Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker 427.
Dobrovici 15.
Döderlein 266.
Dohi, Thimol, ein neues geruchloses Ichthyolpräparat von Prof. Shimoyana 213.
— Krankenvorstellung eines chronischen phagedänischen Geschwürs 213.
— Naevi symmetrici 213.
— Krankenvorstellung von Lichen scrophulosorum, Scrophuloderma und Tuberkulid 213.
— Krankenvorstellung von Trichoepitheliom 213.
— Über Albargin-Glycerin-Suppositorien bei Blennorrhoe 213.
— Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida im Gewebe, nebst einigen Bemerkungen über Spirochätenfärbung und die Kernfärbung mit Silber imprägnierter Präparate 261.
— Lichen scrophulosorum und Folliclis bei einem und demselben Kranken 560.
— 3. 10. 11. 12.
Dolgopolow, Zur Kasuistik der Syphilis der inneren Organe 257.
Dominici 494. 495. 498.
Dommer 274.
Donath 292. 380. 385. 391. 474.
Donegana, Quinckes Ödem und seine Analogie mit der Urticaria 573.
Donnadieu, Über den Wert der Dilatation bei den chronischen Urethritiden und über die beste Art ihrer Ausführung mittels des Kollmannschen Spüldilatators 98.
Doyon, Adrien 553.
Dorst 4. 12.
Douglas 571.
Doumer 63. 241. 293.
Doutrelepont 107. 499.
Drabkin-Slutzky, Basha, Zwei Fälle von sog. Adenomata sebacea 368.
Dreuw, Heinrich, Dermatohistologische Technik der Unna'schen Färbemethoden für den Praktiker 519.
Drewitz, Über die im Wenzel-Hanckeschen Krankenhause behandelten Variolafälle 48.
Dreyer, Über Spirochätenbefunde in spitzen Kondylomen 521.
— Differentialdiagnose der Spirochäten in Schnittpräparaten 106.
— Arseninjektionen 145.
— 65. 66. 115.
Dreysel 85.
Druelle, Gaucher und Camus, P., Ulcus specificum der Fossa navicularis urethrae 245.
Dubois-Havenith 27. 73.
Du Bois-Reymond, R., Physiologie des Urogenitalapparates 517.
—, Allgemeine Physiologie in den glatten Muskeln und spezielle Bewegungslehre mit Überblick über die Physiologie der Gelenke 561.
Dubreuilh, W., Über den Zusammenhang zwischen Sonnenstrahlen und Epitheliomatose 95.
Du Castel 24. 25. 27. 73. 89. 332. 344. 345. 407. 409. 422. 423.
Duchastelet, Physiologische Technik der Harnröhrenspülungen mittels Katheters 354.
Ducrey 202. 250. 260. 506.
Dufour 89.
Duhot, Ein Fall von chronischer blennorrhoischer Epididymitis, geheilt durch Epididymotomie 98.
— Primäraffekt der Harnröhre bei Hypospadie 102.
— Gummata der Zunge 102.
— Hereditäre Syphilis 103.
— Generalisiertes hämorrhagisches rupiaähnliches Syphilid 103.
— Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis 244.
— Ein neuer Tisch für urologische Untersuchungen 355.
— Die intensive und abortive Syphilisbehandlung durch Einspritzungen von grauem Öl 356.
— Über die Rolle des Jodkaliums in der gegenwärtigen Syphilistherapie 358.
— 15. 117.
Duhring 277. 278. 283. 297. 411. 412. 416. 503. 514.
Dunlop, J. D., Katarrhalische Urethritis des Weibes 100.
Dupuy, Einige Betrachtungen über die Präventivmethoden gegen Syphilis 328.
Durán 122.
Duret 425.
Duque, M., Ulcus molle 349.
Du Rocher, Boisseau 555.

Earp, Samuel E., Zwei atypische Pockenfälle 48.
Eason, J., Phagocytose von Erythrocyten und die Frage der Opsonine bei paroxysmaler Hämoglobinurie 473.

Ebbell, E., Die Variola im alten Testament und im Eberschen Papyros 627.
Eberhart, Noble M., X-Strahlen und hochfrequente Ströme in der Behandlung von Ekzem und Psoriasis 99.
Ebers 627.
Ebstein 241.
—, Wilhelm, Zur Frage der Lepra in der Malerei 630.
Edgar, J. Clifton, Gonokokkeninfektion als Ursache von Blindheit, Vulvovaginitis und Arthritis 476.
Ehrhardt, O., Über die diphtherische progrediente Hautphlegmone 362.
Ehrke 574.
Ehrlich 474. 493. 494. 498. 597.
Ehrmann, S., Ein neues Gefäfssymptom bei Lues 103.
— Die Phagocytose und die Degenerationsformen der Spirochaeta pallida im Primäraffekt und Lymphstrang 104.
— Tuberculosis miliaris 147.
— Lichen simplex chronicus 147.
— Acne varioliformis 151.
— Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zu den Lymph- und Blutbahnen sowie über Phagocytose im primären und sekundären Stadium 261.
— Akneiformes Tuberkulid 294.
— Lupus erythematodes disseminatus und papulo-nekrotisches Tuberkulid 295.
— Endarteriitis luetica 295.
— Carcinom auf Gumma 299.
— Sklerodermie und vitiliginöse Pigmentationen 299.
— Lupus erythematosus und akneiformes Tuberkulid 299.
— Erythromelie 299.
— Antipyrinexanthem 299. 301.
— Die Behandlung der Syphilis mit Mergal 546.
— Zur Therapie der Hautkrankheiten intestinalen Ursprungs 568.
— 12. 82. 89. 135. 136. 137. 145. 148. 149. 150. 151. 190. 191. 192. 248. 274. 275. 295. 296. 300. 301. 303. 304. 356.
Eidam 160.
Einhorn, Hugo, Über Herpes bei Meningitis cerebrospinalis epidemica 576.
—, Max, Ein Fall von syphilitischer Geschwulst des Magens und der Leber mit Heilung 116.
— 223.
Eisenstaedter, Max, Ein Fall von Priapismus bei lienaler Leukämie 172.
Eitner, Ernst, Über den Nachweis von Antikörpern im Serum eines Leprakranken mittels Komplementablenkung 56.
— Über Beobachtungen an der lebenden Spirochaeta pallida 260.
— 240.
Ellis, Havelock, Geschlechtstrieb und Schamgefühl 311.
—, Richard, Divers Lähmung mit Scharlach verbunden? 40.
Elschning 29. 90.
Elsenberg 72. 90.
Engel, H., Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung 474.
Engelmann, v., Die Lumbalanästhesie bei urologischen Operationen 376.
Englisch, Über Leukoplasie und Malakoplakie 464.
Engman, F., Die Bedeutung von Indikan im Urin bei gewissen Hautkrankheiten 207.
Epstein 275.
Erb 175. 305. 478.
—, Wilh., Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen 552.
Erdheim 297.
Ertel, W., Aktenmäfsige Darstellung eines Falles masochistischer Triebverirrung 347.
Esbach 473.
Eschbaum, O., Notiz über das Sajodin 571.
Etienne, Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis 244.
Ettameier, C., Ein Instrument zur partiellen Exzision des eingewachsenen Nagels 575.
Etter, J., Ein Fall von Tetanie bei Verbrennung 278.
Eulenburg 379. 382. 602.
Evans, W. H., Leukodermie und analoge Veränderungen der Pigmentbildung in der Haut 167.
Evant, D. 137. 192.

Fabre 497.
Fabry 442.
—, J., Zur Frage der Inskription unter sittenpolizeiliche Aufsicht mit besonderer Berücksichtigung Dortmunder Verhältnisse 551.
Fage, A., Einige Beobachtungen über Störungen, welche bei gewissen Kranken durch den Impfprozefs bedingt wurden 55.
— und Pautrier, L. M., Über einen neuen Typus von Erythrodermia exfoliativa 255.
Fairbanks, Arthur Willard, Hirnsyphilis bei Kindern 118.
Falcao, Zefirino 25. 26. 90.
Fallopius 323.
Faugeron, L., Untersuchungen über die renale Elimination bei Tag und bei Nacht 471.

Faure 410. 423.
Favre 22. 26. 91. 335. 343. 345. 407. 408. 418. 424.
—, M., und Nikolas, Joseph, Beitrag zur pathologischen Histologie der tertiär-syphilitischen Hauterscheinungen 211.
Fawcett 21. 90.
Federmann 405.
Fehling 474.
Feichtinger, F., und Crippa, J. F., Ein Fall von tödlich verlaufender Quecksilberintoxikation 266.
Feilchenfeld 46.
Fein, Johann, Beitrag zur Kasuistik des Skleroms, nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee 162.
— 304.
Feleki 432.
Felix, Florian, Beitrag zur Kasuistik und Therapie des Hautanthrax beim Menschen 364.
Felländer 3. 4. 5. 10. 11. 12.
Fellbaum, Friedrich, Beitrag zur Frage der kompensatorischen Hypertrophie der Nebennieren 369.
Fellner, Ottfried O., Einige Fälle von paraurethraler Eiterung beim Weibe 92.
— Zur Diagnose und Behandlung der Urethritis beim Weibe 475.
Fenestre und Genouville, Zwei Fälle von Neubildungen des Hodens 555.
Fenwick 174.
Fernet, Georges, Über Vorsichtsmaſsregeln gegen die Syphilis bei unseren Vorfahren 557.
Ferré 499.
Ferrero, Giuseppe, Über einen Fall von eingeklemmtem Blasenstein. Operation. Heilung 556.
Feuerstein, Leon, Referate 37. 42. 47. 48. 56. 57. 59. 103. 106. 114. 115. 117. 118. 123. 163. 167. 172. 272. 328. 356. 358. 361. 365. 375. 476. 479. 516. 519. 523. 525. 568. 579. 625.
*Fick, Johannes, Zur Kenntnis der in den Knäueldrüsen vorkommenden Körnchen 536. 594.
— 542.
—, W., 536.
Field, C. W., Über das Vorhandensein von gewissen Körperchen in der Haut und in Bläschenflüssigkeit bei Scharlach und Masern 39.
Finger, Ernst, Lues, oder Tuberkulose der Schleimhaut? 153.
— Demonstration neuer Apparate der Klinik Finger 153.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und praktische Ärzte. I. Teil. Die Hautkrankheiten 257.
— Ulceröse Affektion des Pharynx 294.
Finger, Ernst, Serpiginöse Syphilide 297.
— Akneiformes Tuberkulid 300.
— Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Österreich 552.
— 61. 62. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 195. 249. 296. 297. 300. 301. 303. 322. 499. 535.
Finsen 65. 66. 81. 86. 91. 184. 240. 276. 306. 310. 327. 328. 424. 506. 525. 526. 617. 624.
Fischel 146.
Fischer, B., 263. 264. 526.
—, E. 118.
—, Walter, Über groſsknotige, tumorähnliche Tuberkulose der Leber, wahrscheinlich kombiniert mit Syphilis 116.
—, Willi, Über die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung 62.
— Die neuesten Forschungen über den Erreger der Syphilis 62.
— und Buschke, A., Weitere Beobachtungen über Spirochaeta pallida 106.
Flachs 276.
Fleich 486. 489.
Fleig, George, Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen 619.
Fleischl 182.
Fleischmann 509.
Flemming 5. 6. 448.
Flesch 348.
Flourens, Ein Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Leukocytosen 313.
Foa 486. 490. 498.
Foerster, Otfried, und Harttung, Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage 246.
Fontana, Arturo, und Volpino, Guido, Einige Voruntersuchungen über künstliche Kultivierung der Spirochaeta pallida (Schaudinn) 104.
Fordyce, J. A. 411. 416. 423.
Forest, M., Beitrag zur Morphologie der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum Schaudinn) 104.
Foroyth, D., Ein tödlich verlaufener Fall von Myxödem mit Veränderungen in der Glandula parathyreoidea 168.
Forster, Karl 21. 22. 26. 29. 72. 73. 74. 75. 76. 90.
Foster, Burnside, Dermatitis exfoliativa 206.
Fothergill 576.
Foulerton, A. 64.
Fouquet, Über eine geradlinige Form von Spirochäten; ihre Bedeutung und wahrscheinliche Rolle bei Tertiärerscheinungen 105.
—, Ch., Über Lues hereditaria der Leber 256. 308. 508. 557.

Fournier 276. 334. 345. 409. 410. 422. 620.
—, Alfred, Die Syphilis der ehrbaren Frauen 215.
— Oleum cinereum und seine Wirkung bei der Syphilis 244.
Fox 442.
—, George Henry, Diät als therapeutisches Mittel bei Hautkrankheiten 205.
—, George Howard, Zwei Fälle Raynaudscher Krankheit mit Augenkomplikationen, ein Fall verbunden mit Sklerodermie 351.
—, Herbert, Beobachtungen über die Struktur der Spirochaeta pallida 105.
—, Wilfried, und Morris, Malcolm, Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit 203.
—, T. Colcott, Ekthyma vacciniforme bei Kindern 204.
— 469. 470.
— Tilbury 278. 533.
Fracastor 323.
Fränkel 35.
—, Eugen, Über Pathogenese und Ätiologie der Orchitis fibrosa 218.
Franceschini, Das Helmitol bei der Blennorrhagie 479.
Franck, E. 562.
Francoz 21. 90.
Frank 172. 275.
—, Ernst R. W., Ein verbessertes Cystoskop 172.
— Die intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinaminverbindung und ihr Einfluſs auf Narbengewebe 270.
— Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen 433.
Frankenberger, O., Das Sklerom in Böhmen 161.
Franklin 63. 64. 65. 66. 69. 70. 71. 347.
Fraunhofer 397.
Freud, S., Zur sexuellen Aufklärung der Kinder 524.
Freund 64. 240.
Frey, M. von, Allgemeine Physiologie der quergestreiften Muskeln 561.
Freyer 97.
Freyse 90.
Frezza, Das Helmitol in der Urologie 376.
Fricke, Toxikodermie nach Röntgenbestrahlungen 251.
Friedenthal 106.
Friederichs, Adolf, Drei Fälle von Psoriasis vulgaris bei Säuglingen 94.
Friedlaender 212.
Fries, Wilhelm, Untersuchungen über innere Antisepsis durch Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat 376.
Fritsch 266.
Frohwein 442.
Fürbringer, P., Die Behandlung der Impotenz 432.
Funk 77.

Gabler 256.
Gabritschewsky, G., Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach 271.
Gaertner 313.
Gätzen, Empfehlung der Schutzpockenimpfung durch einen Arzt im Jahre 1762 48.
Gagey 30. 90.
Galeotti 143. 193.
Galewsky, Über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten beim Stillgeschäft 551.
— 275. 276. 334. 342. 345. 371. 409. 422. 423.
Galup und Balzer, Primärer Lupus erythematosus der Schleimhaut 426.
— — Schanker am After und mehrere Schanker an den groſsen Schamlippen 426.
Ganz, K., Über Gadose als Salbengrundlage 461.
Garcia 138. 192.
Gardner, James A., Tragbares Katheteretui und ein Leistenverband 350.
Gassen 432.
Gastou, Lungenmykosen 245.
— 497.
— und Bogolepoff, Erythrodermia desquamativa und bullöse Hauterkrankungen mit Veränderungen in der Schilddrüse und den Nebennieren 245.
— und Hallopeau, Über einen neuen Fall von Psoriasis im Anschluſs an die Impfung 244.
— — Riesenepitheliom der linken Hälfte der Kopfhaut 245.
— —, H., Über die systematisierten Lokalisationen des Treponema pallidum 507.
— und Legendre, Seit 19 Jahren bestehendes Syphilom 425.
Gaucher, Onychosis atrophica exfoliativa heredo-syphilitica 308.
— Die Impetigo 360.
— Uber quaterne hereditäre Syphilis des retikulären Bindegewebes 508.
— 27. 615.
— und Camus, P., Ulcus specificum der Fossa navicularis urethrae 245.
— — und Druelle, Schanker des Zahnfleischrandes 245.
— und Lacapère, Syphilis und Diabetes 211.
— und Louste, Lichen planus des Mundes und des Penis 245.

Gaucher und Monier-Vinard, Übertragung der Syphilis durch ein Bruchband 244.
— — Ulcus durum in der Regio axillaris 244.
— — Heredo-Syphilitiker 244.
Gavazzeni und Capelli, Die Wirkung des Quecksilbers auf die Spirochaeta pallida 511.
Gay 459.
Gebbert 501.
Geber 21. 26. 90.
Gellis, Lichen lueticus und Rezidivroseola 296.
Genou 156.
Genouville und Fenestre, Zwei Fälle von Neubildungen des Hodens 555.
—, L., und Péraire, M., Beseitigung der Hydrocele durch Lagerung des Hodens aufserhalb der Serosa, nach Inzision, Umkehrung und Naht der Vaginalis 209.
Gentile 354.
Georgh, Zum Thema der vermeidbaren Impfschäden 55.
Gerhardt 116.
Germain, Harry, Über die Freilegung der Niere vom Abdomen aus 99.
German, Über die Wirkung der Quarzglas-Quecksilberlampe 265.
—, Frank, Über den Wert des Gonosans in der Blennorrhoetherapie 479.
Géronne, Beitrag zur Frage des syphilitischen Leberfiebers 116.
— Über Erythema nodosum haemorrhagicum und über die Beziehungen des Erythema nodosum zur Purpura 123.
— und Marcuse, E., Über die therapeutische Anwendung des Sajodins und seine Ausscheidungsverhältnisse 118.
Gerson 432.
Gerstle, Die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan 122.
Giarré, C., und Carlini, Über die Anwesenheit eines hämophilen Bacillus im Blut Masernkranker 580.
Gibert 103. 132. 215. 365. 438.
Giemsa, G., Beitrag zur Färbung der Spirochaeta pallida (Schaudinn) in Ausstrichpräparaten 318.
— 53. 101. 107. 108. 110. 166. 214. 260. 261. 318. 320. 486. 490. 500. 523.
Giere, Eric O., Radikale Behandlung des Ulcus varicosum 99.
Gieson, van 218. 541.
Gillies, B. D., und Blackader, A. D., Allgemeininfektion mit dem Bacillus coli, rasch zum Tode führende Septikämie und Hämoglobinämie 222.
Gino 166.
Giovannini, S. Über drei Pili bigemini, jedes Paar zu einem einzigen Schafte vereinigt 519.
Giovannini, S., Neue Befunde über zusammengesetzte Haarpapillen 519.
Glaserfeld, Bruno, und Westenhoeffer, Pathologische Anatomie des Urogenitalapparates 517.
Glawsche 610.
Gleuwitz, Franz, Ein Fall von letaler Peritonitis im Anschlufs an Cystitis, hervorgerufen durch ein Papilloma vesicae 431.
Glowsejew, Obturator 611.
Glück, L. 567.
Gmeiner, Tiermedizin 517.
Gobratschew 611.
*Görl, Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom 501.
Godreff 26.
Goebel 602.
Götz, Referate 44. 45. 49. 51. 53. 61. 94. 97. 98. 116. 118. 119. 120. 124. 155. 161. 164. 171. 172. 173. 174. 202. 210. 218. 224. 225. 226. 253. 256. 260. 264. 265. 266. 267. 272. 273. 307. 312. 315 320. 325. 326. 327. 353. 355. 360. 362 365. 367. 370. 372. 373. 374. 377. 427. 428. 430. 433. 435. 471. 473. 475. 477. 526. 527. 549. 557. 560. 561. 576. 614. 617. 620. 627. 629.
Goetze, Erich, Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904 36.
Goldberg, Berthold, Cylinder im Prostatasekret 33.
— Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? 220.
— Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankungen der Harnwege praktische Bedeutung? 221. 471.
Goldmann 435.
—, F., Die Rezeptur des Protargols 269.
Goldscheider 292. 293.
Goldschmidt 276.
—, Hans, Eigenschaften und Ziele einer neuen Methode der Harnröhrenbesichtigung 429.
— und Simon, O., Erkrankungen der Blase und Prostata 517.
Goodhue, E. S., Wachsmodelle von Leprafällen von Francis R. Day-Honolulu 629.
Gordon, Alfred, Die Beziehung von sexuellen Exzessen zu Nervenleiden 253.
Górkiewicz, S., und Kozevski, A., Aus eigenen Beobachtungen im Bereiche a) der Röntgen-, b) der Radium- und c) der Phototherapie 622.
Gottheil, William S., Hautendotheliom 165.
Gottstein 383.

Gougerot 29. 89. 334. 344. 345. 407. 408. 413. 422. 423. 442.
— und Beurmann, de, Über tuberkuloide Sporotrichosen 553.
Graaf 103.
Graham, H. 563.
Gram 221. 541. 580.
Grandhomme 12.
Greef 26. 28. 73. 77. 90. 352.
Gregor, Adalbert, Ein Fall von Arzneiexanthem mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen 272.
Greig, David M., Ein Fall von Alopecia areata neurotica 169.
Grimm 171.
Grindon, Joseph 206.
Grobelny, Joseph, Über Psoriasis nach Impfung 359.
Grosch 166.
Grosheintz, Die Hypernephrome der Niere, nebst Beiträgen zur Kasuistik 464.
Grosse, Otto, In die Harnröhre eingeführte Fremdkörper 173.
Grosser, Paul, Über Impftuberkulose 307.
Grosz, Siegfried, Helmitol bei Nephritis 471.
— 15. 120. 265.
— Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten 524.
— Autointoxikation und Hautkrankheiten 527.
— und Kraus, R., Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen 630.
Groth, Vaccine und Ekzem 55.
—, Alfred, Ein Instrumentarium für den öffentlichen Impfarzt 315.
Grouven 15. 107. 442. 499.
Grube, Karl, Über Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung 474.
Grüneberg 59.
Grünewald 475.
—, Matthias 630.
Grünfeld, Alopecia areolaris luetica 298.
— Herpes iris circinatus 302.
— Seborrhoisches Syphilid 302.
— Alopecia areolaris luetica 302.
Grund 81. 82. 84. 90. 139. 140. 141. 184. 185. 192.
Grunert 276.
Grunwald, Hugo, Das Erysipelas auf der ersten medizinischen Abteilung in den Jahren 1896—1905 362.
Gusdew, S., Zur Lehre der Syphilis des Gehirns 214.
Guinon, L., und Pater, Nierenerscheinungen im Verlaufe der Impetigo und des impetiginösen Ekzems 120.
Guisy, Barthélemy, Prostatektomie, ausgeführt bei drei Kranken mit akuter Infektion und Insuffizienz der Nieren 353.
Guisy, Barthélemy, Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen 618.
Guszman, Josef, Eitriger Zerfall einer Irispapel 114.
— Über den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie 118. 358.
— Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit letalem Ausgange infolge von Carcinom bei einem achtjährigen Knaben 200.
Guyon, Die Carcinome der Harnblase 174.
— 196. 224.

Haeckel 192.
Haenisch, Fedor, Über die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie und ihre Technik 470.
Haffkin 632.
Hagemann 315.
Hahn, F., Referate 45. 114. 164. 167. 220. 221. 465.
—, R. 239.
Haines 475.
Halberstädter, L., und Stern, Margarete, Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Sekretion und die sekretbildenden Zellen der Bürzeldrüse der Ente 197.
Halbhuber, Über Helmitol 434.
Hall, Arthur J., Syphilis hereditaria tarda 98.
Halle 21. 32. 73. 90.
Hallopeau, H., Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl nach dem Vorgang von P. Salmon 468.
— 2. 3. 5. 6. 9. 10. 12. 28. 30. 78. 90. 282. 332. 372. 414. 565.
— und Boudet, Lepra mixta 245.
— und Gaston, Über einen neuen Fall von Psoriasis im Anschlufs an die Impfung 244.
— — Riesenepitheliom der linken Hälfte der Kopfhaut 245.
— — Über die systematisierten Lokalisationen des Treponema pallidum 507.
— und Railliet, Drei Fälle tertiärer Syphilis und ein Fall von Lepra, „Anilarsinate de Soude“ 425.
Halm, Emil, Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus masculinus bei Geschwistern 375.
Halpern 90.
Halsey, Robert Hurtin, Beziehung des Geschlechtsverkehrs zur Onanie 504.
Halsted, Thomas H., Syphilitische Larynxstenose 99.
Hamann, Otto, Lepra-Literatur für das Jahr 1906/07 347.

Kraurosis glandis et praeputii penis 274.
Krebs s. Carcinoma.

„Lanolin" der menschlichen Haut (Unna) 379.
Leberflecke 76.
Leistenverband (Gardner) 350.
Lenicet (Merck) 567.
Lentigo epitheliomateux s. Xeroderma pigmentosum.
Lepra 258. 263. 304. 417. 470. 512. 602. 627. 630.
—, Ätiologie der (Sommer) 629.
Lepraliteratur 1906/07 (Hamann) 347.
—, chinesische Ansicht über (Römer) 346.
— in der Malerei (Ebstein) 630.
—, Aztekendarstellung der (Ohmann-Dumesnil) 315.
—, Wachsmodelle von (Goodhue) 629.
— -Konferenz 346.
— -Bacillus 57. 310. 316. 426. 516. 630.
— -Knoten aus der Venenwand (Metsuda) 213.
— -Immunisierung (Eitner) 56; (Deycke und Resched) 56.
— -Übertragung, Versuch von (Jezierski) 315.
— bei den Batakstämmen (Römer) 346.
— in Brasilien (Moreira) 346.
— in Deutsch Ostafrika (Meixner) 630.
— in Tirol (Merk) 629.
— in Tunis (Nicolle und Bastide) 347.
— der Haut 216.
— mixta Hallopeau und Boudet) 245.
— nodularis und Phototherapie (Pasini) 310.
— tuberosa 219; (Thompson) 57; (Tscherbakow) 426; (Lurje) 516.
Leprabehandlung (Wernich) 316.
— mit Anilarsinate de Soude (Hallopeau und Railliet) 425.
— mit Gynokardseife (Toyama) 213.
— mit Jodoform (Diesing) 57. 630.
— mit Oleum Chaulmoogra (Thompson) 57.
Lepra-Isolierung (Hutchinson) 57.
Leukämie 246. 483. 486. 488. 497. 512. 630.
—, lienale (Eisenstaedter) 172.
Leukocytosen, infektiöse (Flourens) 313.
Leukoderma 296. 470; (Evans) 167. 253; (Reines) 295.
Leukokeratosis penis (A. Kraus) 248.
Leukoplakia 508; (Arndt) 545.
— linguae 128.
— der Blase (Albarran) 353; (Englisch) 464.
— penis (A. Kraus) 248.
Levurinose (Weiss) 572.
Lichen 414. 415. 424 425. 470. 631.
— der Mundschleimhaut (Lieberthal) 124; (Louste) 245.
Lichen atrophicus 414.
—, gruppierter (Brandweiner) 304.
— hypertrophicus 617.
— nitidus (Pinkus) 194.
— obtusus corneus (White) 465.
— pilaris s. Hyperkeratosis suprafollicularis.
Lichen planus 33. 128. 200. 296. 349. 414. 416. 418. 438. 513. 614; (Ullmann) 148; (Reines) 302; (Nobl) 302; (Kren) 303; (Sensini) 309; (Heller) 365; (Jadassohn) 425; (Tscherbakow) 426; (Arndt) 545: — der Hohlhände (Kren) 303; — des Mundes und des Penis (Gaucher und Louste) 245; — auch der Zunge (Spiegler) 151; — accuminatus 206. 297. 514; (Brandweiner 303; — atrophicus (Vignolo-Lutati) 156; — verrucosus 568; Ullmann) 148; (Weidenfeld) 297; — (Pollitzer) 298; — und Röntgenbehandlung (Leredde und Martial) 559.
— ruber s. Lichen planus.
— simplex chronicus s. Prurigo.
— scrophulosorum s. Folliculitis scrophulosorum;
— spinulosus (Piccardi) 309.
— syphiliticus s. Syphilitischer Lichen.
— verrucosus 559.
Lioderma essentiale cum Melanosi et Teleangiektasi s. Xeroderma pigmentosum.
Lipoma 564.
— multiplex circumscriptum und Äthylchlorid (Savill) 368.
— — symmetricum (Spitzer) 166.
Livedo 295; — inflammatoria (Balzer und Merle) 246.
Lues s. Syphilis.
Lupoid, miliares (Opificius) 249.
Lupus 133. 148. 150. 205. 254. 306. 316.
— 589; (Tanaka) 213.
—, Inokulation des 307.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— follicularis disseminatus 274; (Kraus) 529.
— hypertrophicus 616. 617.
— miliaris 274. 425.
— nodularis 532.
— pernio 296. 424. 631; (Weidenfeld) 150; (Ehrmann) 150; (Oppenheim) 152; (B. Bloch) 177; — der oberen Luftwege (Siebenmann) 58.
— postexanthematicus 530. 533.
— tuberosus exulceratus 624.
— tumidus serpiginosus (Brandweiner) 304.
—, tumorbildender 532.
— verrucosus (Reines) 151.
— vulgaris 129. 150. 216. 351. 424. 570. 611; (Allen) 59; (Swiatkiewicz) 59; (Spitzer) 295; (Sokolow) 503.

Lupus vulgaris in Ungarn (Huber) 58.
— — des Ohres (Ravogli) 58.
— — follicularis (Spiegler) 295.
— — auf tuberkulösen Lymphdrüsen (Jones) 465.
Lupusbehandlung 69. 245. 274. 306. 316. 351. 563. 564. 569. 570. 571. 622. 624; (Blaschko) 317; (Jadassohn) 424; (Leredde und Martial) 616.
—, heutiger Stand der (Buschke) 58.
—, chirurgische (Weinbrenner) 58.
— mit Eugallol (Swiatkiewicz) 59. 317. 624.
— mit Paquelin (Inouye) 213.
— mit Radium 503. 624.
— mit Röntgenstrahlen (Allen) 59; — und Elektrizität (F. Winkler) 239.
—, kombinierte (Bernhardt) 624.
Lupusheilstätten (Ullmann) 57.
Lymphadenie s. Pseudoleukämie.
Lymphangiektasia varicosa, Lymphvarix (Nobl) 151.
Lymphangioma (Surawitsch) 367.
— circumscriptum papillare der Zunge (Cosentino) 166.
Lymphangitis 128. 216. 358. 569.
Lymphome, symmetrische (Danlos und Blanc) 246.
Lymphosarkom 246.

Maculae coeruleae (Oppenheim) 215.
Mäler s. Naevus.
Maladie pigmentaire epitheliomateuse s. Xeroderma pigmentosum.
Malakoplakia vesicae (Wildbolz) 462; (Englisch) 464.
Malaria 117. 426. 474. 485.
Malleus 216. 258.
Malum perforans 425.
Masern s. Morbilli.
Masochismus (Ertel und Hammer) 347.
Masturbation 432. 550. 565; (Sturgi) 504; (Halsey) 504.
—, Geistesstörung und Verstümmelung (Hughes) 100.
Mastzellen 137. 181. 200. 369.
Meatotomie, Indikationen und Technik der (Bonneau) 173.
Megalosporie 120.
Melanocarcinom 510.
Melanodermia atrophica s. Xeroderma pigmentosum.
Melanom (Tièche) 171; —, Naevus pigmentosus und Sommersprossen (Rheindorf) 368.
Melanosarkom 90. 140. 192;
Melanosis (Stewart) 369.
— lenticularis progressiva s. Xeroderma pigmentosum.
Menstruationsexantheme 275.
Mesotansalben (Weiss) 268.
Mesotanvaselin (Ruhemann) 163.
Methylenblau medicinale (Merck) 567.
Mikrosporie 120.
Mikrosporon furfur 132.
Mikrosporum (Sabouraud) 34. 94.
Milch als Infektionsträger (Harrington) 578.
Miliaria 34. 35. 129.
— epidemica (Scholz) 35.
— papulo-pustulosa (Brocq) 468.
Milium 129. 591. 592.
Milzbrand 122. 265. 520; (Lengfellner) 161.
Monilethrix (Hübschmann) 372.
Morbilli 35. 40. 271. 313. 527. 577.
— und Leukocyten (Lagriffoul) 46.
— und protozoenartige Körper (Field) 39.
— -Erreger (Giarrè und Carlini) 580.
— -Diagnose (Brelet) 44.
— -Übertragung (Siegert) 44.
— -Rezidive (Chardin) 45; (Weil und Dauvergne) 45.
— und Appendicitis (Bickel) 627.
— und Osteomyelitis (Riedinger) 45.
—, Pertussis und Varicellen (Meitner) 627.
— und Streptokokkenconjunctivitis (Schumacher) 626.
— ohne Exanthem (Merk) 45.
Morbillibehandlung (Meisels) 45.
Morbilliprophylaxe (Zahorsky) 579.
Morbus Addisonii 191. 369; (Herwig) 370; (Stursberg) 370; (Roatta) 370.
— Hirschsprung 428.
— Pringle 12. 513.
— Raynaud (Shoemaker) 573; — mit Augenkomplikation (G. H. Fox) 351; — mit Sklerodermie (G. H. Fox) 351.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum 129.
— giganteum 299.
Mongolenkinderflecke 171.
Morphaea 335. 411. 412. 413. 415. 422.
Moulagen 276; (Photinos) 92.
Mumps 35.
Mycetoma 258; (Brumpt) 160.
Mykosis 245.
— der Lunge (Gastou 245.
— fungoides 623; (Kren) 153; (Pasini) 481.
— —, pathologische Befunde bei (Oxton) 124.
Myocarditis scarlatinosa s. Scarlatina und Herzerkrankung.
Myoma 512.
— der Haut (Heidingsfeld) 166.
Myxoedema fruste (Krokiewicz) 168.
—, tödliches (Foroyth) 168.

Nachruf Doyon (Besnier und Thibierge) 553.
Nacktkultur (Pudor) 347.

Naevus 8. 11. 21. 136. 141. 167. 306. 367. 501. 577.
— acneiformis 275.
—, blauer s. Melanom.
— fibrosus 295.
— (systematisatus) ichthyosiformis (Bohaç) 547.
— linearis 165.
— mollis 513.
— pigmentosus 366. 513. 570. 624; —, Sommersprossen und Chromatophorome (Rheindorf) 368.
— — pilosus und flüssige Luft (Trimble) 466.
— sebaceus s. Adenoma sebaceum.
— symmetricus (Dohi) 213; — multiplex des Gesichts (M. Winkler) 248.
— unius lateris 442.
— vasculosus 442. 513. 570. 624.
Nagel, eingewachsener (Bonneau) 360.
— —, Instrument zur partiellen Exzision des (Ettameier) 575.
Nageldystrophie 623.
Narbengewebe, kolloide Degeneration im (Sandeck) 169.
Narbenbildung und Protargol (Netter) 576.
Nasenflügel, abstehende (Miller) 100.
Nasenverbesserung (Koch) 580.
Naturforscherversammlung 274.
Nebennieren - Hypertrophie (Fellbaum) 369.
Neissersche Reaktion (Terebinski) 517.
Nekrolog Putzler (Harttung) 200.
Nephritis 121. 133. 222. 432. 433. 464. 473. 475. 554. 565. 572.
— und Helmitol (Miserochi) 313; (Grosz) 471; (Rappauer) 472.
Nervenendigungen bei Insektivoren (Bielschowski) 519.
Neubildungen und Elektrizität (Bayer) 366.
Neuritis 147.
Neurodermitis 568.
Neurofibromatosis 11. 166. 513. 623; (Malc. Morris und W. Fox) 203; (Reines) 302.
Nierenausscheidung (Faugeron) 471; — von Farbstoffen (Königsberg) 471.
Nierenblutung (Kretschmer) 464.
Nierenchirurgie (Bruni) 463; — an einziger Niere (Nicolich) 463.
Nierenfreilegung vom Abdomen aus (Germain) 99.
Nierenhypernephrome) Grosheintz) 464.
Nierenkrankheit, polycystische (Bartrina und Pascual) 353.
Nierenkrankheiten und Theocin (Pavinski und Korzon) 472.
Nierenquetschung 564.
Nierensteine 463. 553. 565; (Sato) 212; — und Druckschmerzhaftigkeit des Hodens (Bittorf) 433.
Nigrities linguae (Bizard) 245; — nach Wasserstoffsuperoxyd (Bizard) 467.
Noma 527.
—, Ätiologie der (Pawlowsky) 364.
Novocain (Merck) 567.

Obturator (Isaew) 611; (Glowsejew) 611.
Oedema angioneuroticum 200. 573; (Loving) 573.
— — und Urticaria (Donegana) 573.
— — acutum circumscriptum (Zuelcher) 200.
— cutis factitium (Vörner) 572.
— durum traumaticum (Ramm) 270.
— der Vulva (Taylor) 476.
Onanie s. Masturbation.
Onychia pigmentosa (Vörner) 325.
Onychogryphosis (Jordan) 213.
Onychomykosis und Röntgenstrahlen (Pellizzari) 121.
Opsonintherapie (Alderson) 254; (Varney) 571; (Hektoen) 578.
Orchitis fibrosa (E. Fraenkel) 218.
Orientbeule s. tropische Hautulcerationen.
Osmidrosis (Ohno) 213. 560.
Osteome (Koch) 374.
Oxyuriasis cutanea (Vignolo-Lutati) 506.

Pachyonychia congenita (Jadassohn) 425.
Pagetsche Krankheit 614; (Winiwarter) 198.
Panaritium 129. 298. 427. 562. 569; (Bonneau) 360.
Papilloma 194. 366. 463. 513. 592.
— accuminatum 551.
— vesicae, Cystitis, Peritonitis, Tod (Gleuwitz) 431.
Paralysis progressiva (Ris) 113.
Paraphimose (Movell) 253.
Parapsoriasis 33. 149. 152. 420. 423. 438.
Pediculosis 375. 470.
Peliosis rheumatica 123.
— — und Thyreoïd-Extrakt (Robinson) 575.
Pellagra (Brault) 246; (Tizzoni und Panichi) 272.
— -Epidemie (Searcy) 574.
— -Hautsymptome (Deiaco) 574.
— -Behandlung mit Atoxyl (Babes und Vasilin) 574.
Pemphigus 71. 244. 300. 470. 514. 592; (Kren) 153.
— der Haut, Schleimhaut, Conjunctiva und Cornea (Uhthoff) 360.
— foliaceus 246. 514.
— miliaris 297. 300.
— neonatorum, Ätiologie des (Kaupe) 360.

Pemphigus traumaticus 275.
— vegetans s. Erythema bullosum vegetans.
Penisbandage (Becker) 428.
Perifollikulitis (Trimble) 208.
Perilymphangitis 299.
Peritonitis, letale (Gleuwitz) 431.
Perlsucht 630.
Perniosis 71. 72. 129. 442. 207. 442. 566.
—, Behandlung mit Hyperämie (Mirtl) 272.
Pest 215. 520; (Simpson) 632.
Phimosis 172. 609; (Kirmisson) 428.
— als Ursache innerer Krankheit (Witzenhausen) 428.
— -Klammer (Borey) 429.
— -Operation, neue plastische (Jobiášek) 428.
Phlebitis 253. 272.
— nodosa tuberculosa, Tuberkulosis papillomatosa und Carcinoma (Ullmann) 148.
Phlegmone 149. 216. 462. 577.
— nasi 129.
— des Samenstranges (Madden) 433.
—, diphtherische progrediente (Ehrhardt) 362.
Phlegmonen usw. und Stauungshyperämie (Burk) 122.
Phloridzin - Glykosurie als Beweis der Nierenfunktion (Krotosszyner) 504.
Phlyktaene 207. 310. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593; (Hoffmann) 545.
Phosphaturie 221. 434. 565.
Phototherapie 59. 68. 86. 91. 98. 141. 157. 184. 192. 196. 199. 239. 240. 245. 275. 276. 306. 327. 424. 465. 563. 614. 616. 617. 624. 626; (Pasini) 310; (Johansen) 328; (Rogers) 349. 504; (Lebon) 509. 510; (Wichmann) 525; (Kozevski und Gorkiewicz) 622; — mit neuem Kompressor (Sandman) 506; — mit Quarzlampe 32; (Stern und Hesse) 305; (Wichmann) 525; (Lesser) 568; (Schamberg) 568.
— mit Milchsäurebehandlung (Weiss) 59.
Phthiriasis 129.
Phthise s. Tuberkulosis.
Physiologie, Handbuch der (Nagel) 561.
Picquetsche Reaktion und Hautveränderungen (Oppenheim) 631.
Piedra columbica, Bakteriologie der (Komorita) 212.
Pigment 275.
—, Genese des (Hellmich) 134. 184.
— als Schutzmittel (Solger) 201.
— bei Barsch und Forelle (Lehmann) 258.
Pigmentanomalien 569.
Pigmentierungen, Epheliden, Chloasma und Phototherapie (Jadassohn) 424.
Pigmentosis epithelialis s. Xeroderma pigmentosum.
Pigmentveränderungen (Evans) 167.
Pili bigemini s. Haare, zusammengesetzte.
Pittylen (Merck) 568.
Pittylenpräparate, verbesserte Vorschriften für 268.
Pityriasis 33. 215.
— capitis s. Seborrhoea sicca.
— faciei 129.
— lichenoides 149. 152; (Reines) 295; — chronica 275. 296. 420; (Scherber) 149.
— rosea 99. 129. 132. 215. 275. 304. 438. 507; — atypische (Oppenheim) 152.
— rotunda (Komorita) 213.
— rubra 206. 246. 419. 526; (Tanaka) 213; (Tsutsui) 560; — pilaris 206. 303; — —, psoriasisähnliche (Arndt) 545.
— versicolor 99. 129. 130. 131. 132. 216. 470. 568.
Plasmazellen 181. 310. 482. 487. 490. 531. 586. 590.
Pocken s. Variola.
Poliosis (Ullmann) 303.
Polyp 462.
Polysarcie 432.
Priapismus (Eisenstaedter) 172.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Primelvergiftung (Sweet) 576.
Proponal (Strassner) 574.
Prostataabscesse (Krömker) 435.
Prostataerkrankungen, Diagnose der (Ballenger) 434.
Prostatahyperämie und Elektrizität (Bolton) 434.
Prostatahypertrophie 97. 210. 253. 275. 276. 428 434; (Goldberg) 220; (Chetwood) 220; (Delbet) 556.
— mit Urinretention (Mühsam) 435.
—, Behandlung der 563. 565.
— —, operative (Tanaka) 560; — radikal (Kock) 437.
— mit parenchymatösen Jodinjektionen (Schaffrot) 436.
— mit Röntgenstrahlen (Haenisch) 470; (Fleig) 619.
Prostatasekret (Sellei) 463.
—, Cylinder im (Goldberg) 33.
Prostatektomia 275. 276; (Castano) 97; (Chetwood) 220; (Kock) 437.
— suprapubica (Posner) 438.
— bei Nierenkranken (Guisy) 353.
—, konservative (Crowell) 253.
Prostatitis 435. 463; (Goldberg) 220. 221.
—, Diagnose (Peterkin) 349.
— und Wärmebehandlung (Chrzelitzer) 348.
Prostatorrhoea vesicalis (Campani) 434.
Prostitution 335. 460. 469. 523. 524; (Blochwitz) 349. 612; (Morhardt) 524; (Clausmann) 549.

Prostitution in Dortmund (Fabry) 551.
— in Holland (Rutgers) 551.
— in Frankreich (Regnault) 524.
— in Köln (Zinsser) 549.
— in Polen (Moriconi) 515.
Protargol (Goldmann) 269; (Müller) 571; (Brüning) 571.
—, Wirkung auf lebende Schleimhäute (Wildbolz) 463.
— bei Narbenbildung (Netter) 576.
— und Sophol (Selenkowski) 269.
Prurigo 128. 294. 470. 614. 624; (Ehrmann) 147.
— ferox (Scherber) 149.
Prurigobehandlung 567. 568; (Saïto) 213; — mit Röntgenstrahlen (Leredde und Martial) 559.
Pruritus 129. 130. 131. 132. 133. 266. 559. 568; (Sack) 215; (Bulkley) 374.
— der Nase 159.
— localis 293.
— senilis 99.
—, ikterischer (Kanoky) 374.
Pruritusbehandlung 565; (Robin) 373.
Pseudoabsceſs 92.
Pseudoanämien (H. Strauſs) 270.
Pseudofurunkulosis pyämica (Klein) 249.
Pseudohermaphroditismus bei Geschwistern (Halm) 375.
Pseudoleukämie 200. 481. 482. 483. 497. 512. 569; (Jacobaeus) 317.
Pseudoleukämie-ähnliche Hauterkrankung (Touton) 197.
Pseudomilium elasticum 275,
Pseudopelade (Hoffmann) 545.
Pseudoxanthoma elasticum 169.
Psoriasis 33. 99. 129. 148. 200. 205. 250. 258. 302. 303. 306. 310. 317. 349. 420. 421. 438. 514. 611; (Spiegler) 151; (Mucha) 153; (Arndt) 545.
— und Psoriasis syphilitica (Ito) 560.
—, Ätiologie der (Boesl) 120.
— nach Vaccination (Hallopeau und Gastou) 244; (Grobelny) 359.
— bei Kindern (Leiner) 253.
— bei Säuglingen (Friederichs) 94.
— guttata (Scherber) 149.
— punctata (Scherber) 149.
— — und guttata (Leiner) 300.
Psoriasisbehandlung 569. 623. 624.
— mit Arsen (Jadassohn) 425.
— mit Röntgenstrahlen und hochfrequenten Strömen (Eberhart) 99.
Psoriatisches Leukoderma (Blumenfeld) 115.
Psorospermosis follicularis 215. 216; (Sachs) 164; (Jamieson) 165; (Metschersky) 459.
—, Behandlung mit Röntgenstrahlen (E. Y. Williams) 164; (Jamieson) 165.
Purpura 271. 411. 438. 470; (Géronne) 123.
— atrophicans 424.
Purpura haemorrhagica 129. 442.
— traumatica 34.
Pustulosis staphylogenes 216.
Pyelitis 221. 433. 564. 565; — im Kindesalter (Langstein) 431.
Pyelocystitis und Helmitol (Romo) 471.
Pyosalpinx 100.
Pyurie 221.

Quarzlampe (Heymann) 275.
Quecksilber 210. 257. 262. 276. 500. 508. 514; (Léard) 212; (Lévy-Bing) 257; (Tausig) 328; (Kamprat) 356; (Welander) 505; (Capelli und Gavazzeni) 511; (Wolters) 548; (Merck) 566.
Quecksilber und Fieber (Lindenheim) 102.
— bei Sklerodermie (Chirone) 168.
— und Tod (Kolomoizew) 157.
— -Injektion, Gewebsveränderungen nach (Mitsuda) 212.
— —, intramuskuläre (Karwowski) 13.
— —, Komplikationen bei (Bernart) 253.
Quecksilberlampe mit Quarzglas (German) 265.
Quecksilberoxycyanid und Jodkalium (André) 619.
Quecksilberschädigung 195. 200. 275. 514; (Siebert) 267; (Meissner) 267; — tödliche (Crippa und Feichtinger) 266.
Quecksilberschnupfung (Cronquist) 248.
Quecksilbervehikel (Lesczynski) 621.
Quecksilberwirkung 275; (Kreibich) 249.
Quinckes Ödem s. Oedema angioneuroticum.

Radiotherapie s. Röntgenstrahlen.
Radium 245. 624; (Rudis-Jicinsky) 350; (Lebon) 509. 510; (Kozevski und Górkiewicz) 622.
Rankenneurom (Legal) 378.
Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.
Recklinghausensche Krankheit s. Neurofibromatosis.
Reflexneurosen, vasomotorische (Polland) 547.
Resorption und Druck (Thomassen) 258.
— entzündlicher Infiltrate in den samenleitenden Organen (Frank) 433.
Rhinophyma (Schneider) 365.
Rhinophymbehandlung operative (Sick) 159.
Rhagaden 129. 567.
Rhinosklerom 258. 622; (Fein) 162.
—, Histologie des (Lamanna) 157.

Rhinosklerom in Böhmen (Frankenberger) 161.
— -Impfung 275.
Rhinosklerombehandlung mit X-Strahlen (Ballin) 162.
Riesenzellen 116. 150. 211. 212. 295. 482. 487. 503. 531. 586.
Ringworm s. Trichophytia.
Röntgenstrahlen 28 32. 45. 58. 59. 68. 69. 71. 95. 120. 139. 165. 172. 195. 219. 245. 275. 325. 351. 465. 466. 491. 493. 558. 610. 614. 615. 617. 624; (Allen) 59; (Eberhart) 99; (Williams) 99; (Pellizzari) 121; (Nencioni und Paoli) 121. 308; (Ballin) 162; (E. Y. Williams) 164; (C. Williams) 164; (Schiff) 164; (Jirotka) 167; (F. Winkler) 239; (Leredde und Martial) 171; (Burkhardt und Polano) 173; (M. Stern und Halberstädter) 197; (Toyama) 213; (Jacobaeus) 317; (Rudis-Jicinsky) 350; (Zeislen) 351; (Haenisch) 470; (Ohmann-Dumesnil) 504; (Lebon) 509. 510; (Arcelin) 553; (Kassabian) 568; (Poggs) 569; (Kozevski und Górkiewicz) 622; — postoperativ (Bennett) 98.
— und Nervengewebe (Kanoky) 254.
—, Fieber nach (Huber) 263.
— und Toxikodermie (Fricke) 251.
Röntgenschäden 195. 240. 251. 568.
— und Behandlung (Volk) 506.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 33. 129. 295. 340. 365. 470. 507. 623; (Unna) 459. 632.
Roseola 18. 19. 108. 111. 116. 197. 210. 296. 322. 352. 510.
—, rezidivierende, und Lichen syphiliticus (Gellis) 296.
Rotlauf s. Erysipel.
Rotz s. Malleus.
Rubeola 35. 46.
— und Leukocyten (Lagriffoul) 46.
Rupia 18. 149. 427; (Duhot) 103.

Saccharometer (Schumm) 223; (Walbum) 474.
Sajodin (Anacker) 268.
Sarkoid, subcutanes (Pelagatti) 511.
Sarkoma 11. 90. 124. 140. 246. 366. 367. 512.
— der Blase (Jungano) 556.
— des ektopischen Hodens (Cocuzza) 175; (Boese) 175.
— der Prostata (Proust und Vian) 256.
— der Vulva (Weil) 476.
— idiopathicum multiplex (Spiegler) 303; — haemorrhagicum (Lesser) 32; (Ledermann) 146; (Martin) 366.
—, melanotisches 165.
Sarkombehandlung 623.
Sarkombehandlung mit Röntgenstrahlen (E. Y. Williams) 164; (C. Williams) 164.
Scabies 349. 375. 470; (Laffout) 211.
Scabiesbehandlung (Yamada) 212; — mit Desinfektol (Yeshida) 213.
Scarlatina 35. 46. 271. 313. 425. 564. 577. 578. 580.
—, Statistik der (Goetze) 36.
— und Sanitätspolizei (Arbeit) 36.
— und Streptokokken (Hektoen) 37.
— und protozoenartige Körper (Field) 39.
—, Infektiosität (Berry) 38; — und Prophylaxe (Boisson) 38.
— -Übertragung durch Milch (Harrington) 578.
— -Immunität durch Blutsverwandtschaft (Brandeis) 578.
— und Streptokokkenerytheme (Gabritschewsky) 271.
—, Diagnose der (Somerset) 38; (Mac Combie) 40.
— mit Komplikationen (Roberts) 579.
— und Divers Lähmung (Ellis) 40.
— und Hämorrhagien (MacCombie) 40; (Klose) 41.
— und Herzstörungen (Troitzky) 40; (Pospischill) 579.
— und Blutdruckmessungen (Manhold) 313; (Belanine) 313.
— und Nephritis (Thompson) 41; (Vovetzsch) 42; — septische (Posselt) 42; (Kramer) 42.
— und Puerperium (Harris) 40.
— in Galizien (Sokal) 37.
—, Jodophilie bei (Neutra) 39.
Scarlatinabehandlung (Thompson) 41; (Kramer) 42; (Kellogg) 43; (Schick) 313.
— mit Gelatine (Klose) 41.
— mit Milchdiät (Risel) 40.
— mit Phenol monochloratum (Langfeldt) 579.
— mit Serum (Troitzky) 40; (Langowoy) 43.
Scarlatinoid 46. 271.
Schanker, harter s. Initialsklerose.
—, weicher s. Ulcus molle.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlachherz s. Scarlatina und Herzerkrankung.
Scharlachöl-Wucherungen (Jones) 263; (Stahr) 264.
Schmerzmilderung durch Elektrizität (F. Winkler) 284; (Görl) 501.
Schnurrbarthaar, Ringelhaare (Pinkus) 147.
Schweifscysten 34.
Schweifsfriesel (Weichselbaum) 34.
Schweifssekretion 275.
Schwielen s. Callus.
Seborrhoea 470. 569.

Seborrhoea congestiva 71.
— oleosa 129.
— sicca 127. 129. 130.
Seebäder in der Dermatologie (Abrahams) 99.
Seifenpomaden (Carle und Boulud) 255.
Selbstkastration (Wolfe) 432.
Senilitas cutis praecox 25.
Sepsis 49. 117. 300. 301. 431.
Septikämie 271. 632; (Blackader und Gilles) 222.
— der Hühner 103.
Septische Bindegewebsentzündung, Exsudatzellen bei (Ziegler) 526.
Sexuelle Enthaltsamkeit (Jacobsohn) 175; (Schreiber) 431.
— Ethik (Schacht) 318; (Stöhr) 524.
Sexuelle Exzesse, Phthise als Ursache von (Ruck) 100.
— —, Unterhaltungen, Bücher, Gesellschaften (Sterne) 253.
— — und Nervenleiden (Gordon) 253.
— — und motorische Ataxie (Mettler) 100.
— — Geistesstörung, Verstümmelung (Hughes) 100.
— — und Impotenz (Christian) 100.
Sexuelle Neurasthenie (Barrucco) 216.
— Aufklärung der Kinder (Freud) 524; (Moll) 525.
—. Wahrheiten (Porosz) 217.
Sexueller Schutz (Juller) 504.
Silbernitratwirkung auf lebende Schleimhäute (Wildbolz) 463.
Simplontunnelbau, sanitäre Einrichtungen beim (Pometta) 263.
Sklerodaktylie 299; (Müller) 297.
Sklerodermia 72. 75. 156. 251. 411. 412. 413. 415. 416. 418. 419. 421. 422. 423. 424. 470; (Schmidt) 247; (Müller) 297; (Wirschubski) 373.
— und Akrodermatitis (Ullmann) 152; — atrophicans (Kingsbury) 467.
— und Myositis (Nixon) 168.
— und Raynaudsche Krankheit (G. H. Fox) 351.
— mit vitiliginösen Pigmentationen (Ehrmann) 299.
—, diffuse (Reines) 304.
— en plaque (Pollitzer) 298; — und Poliosis (Ullmann) 303.
Sklerodermiebehandlung mit Mesenterialdrüse (Schwerdt) 373.
mit Quecksilber (Chirone) 168.
Sklerödem (Pinkus) 251.
Skrophula - Akrodermatosen (Anthony) 207.
Skrophuloderma 128. 133. 216. 295. 296. 304. 562. 569. 622. 631; (Dohi) 213.
Skrophulosis 296. 426. 508. 631.
—, Gewebsveränderungen bei (Mero) 631.
Skrotumcalculi (Oertel) 429.
Sommereruptionen, rezidivierende 154.
Sommerprurigo s. Hydroa vacciniformis.
Sommersprossen s. Epheliden.
Sonde zur Reinigung nach Cabane (Delbet) 355.
Sophol und Protargol (Selenkowski) 269.
Spermatocystitis (Pick) 434; (Nelken 434.
—, Diagnose der (Blochwitz) 349.
Spermatorrhoebehandlung 565.
Spindelhaare s. Monilethrix.
Spiradenitis disseminata suppurativa 208. 622.
Spirochaeta 60. 61. 62. 93. 94. 98. 101. 102. 107. 108. 109. 116. 117. 149. 150. 156. 197. 256. 302. 317. 321. 324. 490) 504. 527. 557. 558. 620; (Preis) 101; (Levaditi) 103; (— und Sauvage) 103; (Ehrmann) 104; (Forest) 104; (Volpino und Fontana) 104; (Breinl, Kinghorn und Todd) 105; (H. Fox) 105; (Fouquet) 105; (Saboloty und Masslakowitz) 105. 261; (Barannikow) 106; (Volpino) 106; (Dreyer) 106; (Blaschko) 106; (Uhle und Mac Kinney) 106; (Buschke und Fischer) 106; (Stenczel) 107; (Saling) 107. 108. 110; (Wolff) 108; (Hoffmann) 109; (Beitzke) 110; (Walt. Schulze) 113; (Tanaka) 213; (Sakurane) 213; (Mühlens) 259; (Róna) 260; (Benda) 260; (Dohi) 261; (S. Ehrmann) 261; (Schereschewsky) 318; (Giemsa) 318; (Schuster) 319; (Zabel) 350; (Jadassohn) 424; (Malinowski) 499; (Hallopeau und Gastou) 507; (Capelli und Gavazzeni) 511; (Levy-Bing) 518; (Saling) 521; (Arning und Klein) 522; (Török und Schattelesz) 522; (Zabel) 523; (Schmorl) 523; (Lichtmann) 546; (Hübner) 552; (Metscherski) 611; —, lebend (Landsteiner und Mucha) 153; (Eitner) 260; (Metscherski) 459; (Zabolotny und Maslakowetz) 523.
— bei Balanitis 319.
— bei Framboësie (Tuberkulose?) (W. Pick) 194; (Mayer) 364.
— in spitzen Kondylomen (Dreyer) 521.
— bei Variola vera (Sakurane) 313.
Spirochätenerkrankungen und Atoxyl (Romme) 569.
Sporotrichosis 245; (Metscherski) 611.
—, subcutane (Lesné und Monier-Vinard) 360.
—, tuberkuloide (Beurmann und Gougerot) 553.
Stärkekleister als Hautmittel (Yamada) 212. 213.
Stauungsbehandlung (Putzler) 195.
Stomatitis 18. 244
— mercurialis 267. 356. 527. 565. 566.

Stomatitis mercurialis, Behandlung (Meissner) 267; — mit Wasserstoffsuperoxyd (Neumann) 527.
— —, Verhütung durch Isoform (Siebert) 267.
—, nekrotisierende (Scherber) 527.
Strangurie 564.
Striae 129. 335. 340. 406. 416.
Strophulus 507. 568.
Studenten in Moskau, Zählung unter den (Tschlenow) 176.
Sulfur colloidale (Joseph) 507.
Sykosis 306. 470. 505. 546. 571; (Takahashi) 560.
— coccogenes 129.
— parasitaria vera (Spiegler) 303.
— staphylogenes barbae 622.
Sykosisbehandlung 254; (M. Berliner) 120.
Sykosis s. auch Bartflechten.
Syphilid seit 19 Jahren (Gaston und Legendre) 425.
—, circinäres, am Skrotum (Jadassohn) 425.
—, generalisiertes hämorrhagisches rupiaähnliches (Duhot) 103.
—, kleinknotiges 146.
—, papulöses 149.
—, psoriasiformes 438.
— schankerähnliches, Scabies und Ikterus (Laffout) 211.
— serpiginöses (Finger) 297.
— ulceröses 149.
Syphilidologie, neueste Strömungen in der (Tschlenow) 102.
Syphilidologischer Unterricht (Bodin) 559.
Syphilis 17. 19. 99. 101. 102. 103. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 112. 114. 129. 133. 147. 156. 168. 176. 194. 198. 205. 216. 218. 219. 244. 259. 260. 261. 262. 274. 275. 276. 296. 299. 301. 302. 304. 313. 325. 331. 340. 351. 352. 360. 365. 367. 406. 409. 411. 413. 415. 416. 417. 418. 419. 423. 424. 425. 470. 476. 490. 512. 513. 516. 518. 521. 522. 523. 525. 527. 545. 548. 550. 551. 552. 553. 574. 589. 611. 614. 626 627. 630; (Schulin) 98; (Kreibich) 102; (Fouquet) 105; (Uhle und MacKinney) 106; (Stenczel) 107; (Tomasczewski) 197; (Lapowski) 319; (Bayet) 321; (Tanaka) 213; (Jadassohn) 247.
— im Altertum, Legende der (Notthafft) 158. 613.
— -Ätiologie 275; (Levaditi) 101; (Saling) 107; (R. Kraus) 355.
— -Erreger 155. 319. 378; (Willi Fischer) 62; (Schüller) 98. 317; (Mühlens und Hartmann) 107; (Bertarelli) 320.
— -Reinfektion (Stern) 93; (Kolomoitzew) 111. 426; (Oplatek) 321.
Syphilis-Retroinfektion 513. 514.
— und Staat (Bailey) 99.
— im Heere (Deloeme) 469.
— -Erreger s. auch Spirochaeta.
— -Antikörper (Morgenroth und Stertz) 60; (Bab) 60; (Weil) 321.
—, experimentelle (Neisser) 60; (Hoffmann) 61; (J. v. Neumann) 61; (Schucht) 61; (Bertarelli) 62. 155. 319. 320; (Levaditi) 101; (Lapowski) 319; (Pasini) 155; (Tomasczewski) 320; (Siegel) 320; (C. M. Williams) 351; (R. Kraus) 355; (Martial) 511; (Neisser) 550. 552; (Hübner) 552.
— -Diagnose 275; (Willi Fischer) 62; (Landouzy) 111; (Bruhns) 114; (Michaelis) 117; (Schuster) 319.
— — durch Serum, Experimente (Schütze) 60.
— und Mundschleimhaut (Pautrier) 102; (Schäffer) 200.
— unerkannte und erythematös-knotige Hautentzündung (Verrotti) 211.
—, Autoinokulation bei 274.
— -Übertragung durch Bruchband (Gaucher und Monier-Vinard) 244.
—, gibt es eine spontan verlaufende? (Ballenger) 504.
—, ist sie heilbar? (Danforth) 100.
—, Rezidivexanthem (Reines) 304.
— der Ehefrauen (A. Fournier) 215.
— -Tabesfrage (Patschke) 326.
— und Anämie (Ausderau) 324.
— und Aortenaneurysma (Aschenheim) 324.
— und Arteriosklerose (Molinari) 324.
— und Athetose (Birckenstaedt) 103.
— und Carcinom 327.
— und Diabetes (Gaucher und Lacapère) 211.
— und Ekzema seborrhoicum (Grünfeld) 302.
— und neues Gefäßsymptom (Ehrmann) 103.
— und Ikterus (Buraczinski) 621.
— und Nervensystem (Milian) 509.
— und Paralyse (Ris) 113; —, mit Handschriftveränderung (Thumm-Kintzell) 460.
— und Tuberkulose (Walt. Fischer) 116; (Sergent) 327.
—, oder Tuberkulose (Finger) 153.
— der Hände und Füße 508.
— der Haut 215; (Nobl) 148; — mit Hautkrankheiten (Kingsbury) 349.
— des Kehlkopfes (Finger) 294.
— der Knochen (Taylor) 111.
— der Leber (Walt. Fischer) 116; (Géronne) 116; (Mannaberg) 117.
— des Nebenhodens 513.
— der Nerven 334; (Hübner) 112; — Behandlung der (Harttung und Foerster) 246.